

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA



**USO DE ANTIBIÓTICOS SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA EN PACIENTES DE 18
A 59 AÑOS DE EDAD QUE CONSULTAN CON SÍNTOMAS DE INFECCIÓN
RESPIRATORIA AGUDA EN LA UNIDAD DE SALUD INTERMEDIA DE APOPA
EN EL PERÍODO DE JULIO A AGOSTO DEL 2025.**

Protocolo de investigación presentado por:

Julio César Quintero Cuellar

José Salvador Ramírez Amaya

Gabriela María Ramírez Vásquez

Para optar para título de:

Doctor en Medicina

Asesor:

Dra. Laura Cristina Mejía De Castro

Ciudad universitaria "Dr. Fabio Castillo Figueroa", San Salvador, octubre, 2025

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD

RECTOR

M. Sc. Juan Rosa Quintanilla

VICERRECTORA ACADÉMICA

Dra. Evelyn Beatriz Farfán

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

M. Sc. Roger Arias

SECRETARIO GENERAL

Lic. Pedro Rosalío Escobar Castaneda

**AUTORIDADES DE LA
FACULTAD**

DECANO

Dr. Saúl Díaz Peña

VICEDECANO

M. SC. Franklin Arnulfo Méndez Durán

SECRETARIO

Msp. Roberto Carlos Hernández Marroquín

DIRECTOR DE ESCUELA DE MEDICINA

Dr. Douglas Alfredo Velásquez Raimundo

COORDINADORA DE LOS PROGRAMAS DE MAESTRÍAS

Dra. Blanca Aracely Martínez

COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dra. Claudia Margarita de Blanco

INDICE

I.	RESUMEN	
II.	INTRODUCCIÓN	7
III.	OBJETIVOS	8
	OBJETIVO GENERAL	8
	OBJETIVOS ESPECIFICOS	8
IV.	MARCO TEÓRICO	9
IV.I	INFECCIONES DE VÍAS RESPIRATORIAS	9
IV.II	SINTOMAS DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	10
IV.III	ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS	10
IV.III.I	RESFRIADO COMÚN	10
IV.III.II	OTALGIA	11
IV.III.III	FARINGODINIA Y DOLOR DE CUELLO	12
IV.III.IV	FARINGITIS Y AMIGDALITIS	13
IV.III.V	EPIGLOTITIS	14
IV.III.VI	LARINGITIS	14
IV.III.VII	GRIPE E INFLUENZA	15
IV.III.VIII	COVID 19	16
IV.III.IX	BRONQUITIS AGUDA	17
IV.III.X	NEUMONIA	17
IV.IV	ANTIBIOTICOTERAPIA	17
IV.V	ANTIBIOTICOS USADOS EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN PARA IRAS	18
IV.VI	AUTOMEDICACIÓN	20
IV.VII	RIESGOS DE AUTOMEDICACIÓN CON ANTIBIÓTICOS	23
IV.VIII	MEDIDAS PARA EVITAR LA AUTOMEDICACIÓN	24
IV.IX	RESISTENCIA BACTERIANA	24
IV.X	FACTORES CLAVES PARA EL DESARROLLO DE RESISTENCIA BACTERIANA	27
V.	DISEÑO METODOLÓGICO	28
V.I	TIPO DE INVESTIGACIÓN	28
V.II	PERIODO DE INVESTIGACIÓN	28
V.III	ÁREA DE ESTUDIO	28
V.IV	UNIVERSO	28
V.V	POBLACIÓN	29
V.VI	MUESTRA	29
V.VII	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	31
V.VIII	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	32
V.IX	PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS	37

V.X	PLAN DE PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	37
VI.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	39
VI.I	PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD.....	39
VI.II	MECANISMOS DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE LOS DATOS.....	39
VI.III	CONSENTIMIENTO	39
VI.IV	COMPARTIMIENTO DE BENEFICIOS	39
VII.	RESULTADOS	40
VIII.	DISCUSIÓN	51
IX.	CONCLUSIONES	55
X.	RECOMENDACIONES	57
XI.	BIBLIOGRAFÍA	58
XII.	ANEXOS	64

I. RESUMEN

El presente trabajo aborda la temática de automedicación con antibióticos en IRAS. El objetivo general es determinar el uso de antibióticos sin prescripción médica en pacientes de 18 a 59 años que consultan con síntomas de infecciones respiratorias agudas en la Unidad de Salud Intermedia de Apopa. Los objetivos específicos buscan relacionar factores de riesgo con el uso de antibióticos sin prescripción médica, reconocer los tipos de antibióticos utilizados sin prescripción médica en infecciones respiratorias agudas y su patrón de uso, y caracterizar los pacientes que usan antibióticos sin prescripción médica en infecciones respiratorias agudas.

Es un estudio de tipo cuantitativo de corte transversal, el cual se desarrolló en el periodo de febrero a agosto, en Unidad de Salud Intermedia Apopa, utilizando encuestas estructuradas a pacientes que cumplan con criterios de inclusión. La muestra se seleccionó mediante muestreo aleatorio simple probabilístico.

El sexo que predominantemente participó fue el femenino; más de la mitad ha comprado antibióticos sin receta médica, la mayoría ha obtenido dichos antibióticos en farmacias, siendo el más utilizado la amoxicilina. El patrón predominante de automedicación es de 1-3 días, y la mayoría considera que la automedicación conlleva riesgos.

Por tanto, hay un evidente fácil acceso a antibióticos, gran influencia sobre las experiencias previas, el predominio en mujeres adultas puede representar la búsqueda del equilibrio entre responsabilidades familiares y profesionales y la Superintendencia de Regulación Sanitaria (SRS) también debe ejercer una mejor regulación de la dispensación de antibióticos.

Palabras clave: IRAS (Infecciones respiratorias agudas), automedicación, antibióticos, resistencia bacteriana.

II. INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son una de las principales razones por las que las personas buscan atención en los servicios de salud primaria en todo el mundo. Estas enfermedades pueden variar desde algo tan simple como un resfriado común hasta problemas más serios, como la neumonía. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las IRA son un gran desafío para la salud pública, ya que tienen una alta tasa de morbilidad, un impacto económico significativo y a menudo se tratan de manera inadecuada, especialmente en lo que se refiere al uso de antibióticos.

En El Salvador, la automedicación es bastante común, muchas personas no están bien informadas sobre cómo evolucionan las infecciones virales, y hay una creencia errónea de que los antibióticos sirven para cualquier tipo de infección. Esta situación se complica aún más cuando los pacientes presentan síntomas respiratorios, que a menudo se malinterpretan como señales de una infección bacteriana. Esto lleva a que se usen antimicrobianos de manera inadecuada y sin la evaluación de un médico.

La presente investigación busca demostrar sobre esta realidad, lo que puede contribuir de manera indirecta a mejorar la calidad de atención en el primer nivel de salud, mantener la efectividad de los antimicrobianos y disminuir los riesgos que vienen con su uso inadecuado. Abordar este tema desde una perspectiva clínica y epidemiológica ayudará a entender la magnitud del problema, e incluso puede servir para orientar futuros trabajos. Este estudio se lleva a cabo en un momento crucial, donde la resistencia bacteriana pone en riesgo décadas de avances médicos, y donde las acciones a nivel local pueden tener un impacto significativo en la salud pública del país.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el uso de antibióticos sin prescripción médica en pacientes de 18 a 59 años de edad que consultan con síntomas de infección respiratoria aguda en la Unidad de Salud Intermedia de Apopa en el período de julio a agosto del 2025.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mencionar los factores de riesgo con el uso de antibióticos sin prescripción médica en infecciones respiratorias agudas en pacientes de 18 a 59 años de edad que consultan en Unidad de Salud intermedia Apopa
- Reconocer los tipos de antibióticos utilizados sin prescripción médica en infecciones respiratorias agudas y su patrón de uso en pacientes de 18 a 59 años de edad que consultan en Unidad de Salud intermedia Apopa
- Caracterizar los pacientes entre las edades de 18 a 59 años que usan antibióticos sin prescripción médica en infecciones respiratorias agudas que consultan en Unidad de Salud intermedia Apopa

IV. MARCO TEÓRICO

IV.I INFECCIONES DE VÍAS RESPIRATORIAS

Los síntomas de las vías respiratorias altas suelen ser causados por infecciones virales, pero también por otras enfermedades infecciosas, inflamatorias, alérgicas, autoinmunitarias y neoplásicas. Al momento de la presentación, los síntomas de las vías respiratorias altas de causas virales y bacterianas más comunes por lo general tienen duración desde horas hasta algunos días.

En términos de causas, síntomas y signos, las infecciones respiratorias superiores se superponen con infecciones de vías respiratorias bajas que se producen por debajo de las cuerdas vocales, como la gripe, bronquitis aguda y neumonía, así como con tos no infecciosa.

Las únicas infecciones respiratorias agudas comunes que deben tratarse con antibióticos son la otitis media aguda, la sinusitis, la faringitis estreptocócica y la neumonía. Incluso en el caso de la otitis media aguda, la sinusitis y la faringitis, solo una pequeña proporción de casos cumplen con los criterios para la prescripción de antibióticos. (16)

Los virus respiratorios comunes causan la mayor parte de las infecciones respiratorias agudas y estas infecciones por lo general ceden en forma espontánea; los antibióticos no aceleran la resolución ni evitan complicaciones en la mayor parte de las infecciones respiratorias agudas. Por desgracia, por esta razón, al menos 50% de las recetas ambulatorias de antibióticos para este tipo de infecciones en Estados Unidos fueron mal expedidas. A nivel internacional, las tasas poblacionales de prescripción de antibióticos varían en casi tres veces, sin diferencias en las complicaciones infecciosas. Los antibióticos causan efectos farmacológicos adversos, alteran el microbioma y causan infección por Clostridioides, aumentan los costos de la atención médica y aumentan la prevalencia de bacterias resistentes a los antibióticos. (17)

IV.II SÍNTOMAS EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

En la enfermedad actual, se debe interrogar el tiempo de comienzo de los síntomas y la forma de comienzo. Si bien, en general, el examen físico y de imagen aportan elementos distintivos, a veces estos faltan por completo y el síntoma constituye la única manifestación de la enfermedad. Además, un correcto interrogatorio permite en muchas oportunidades precisas identificar un alérgeno determinante de los episodios agudos. En otros casos faltan los síntomas propios del aparato respiratorio y se registran únicamente síntomas generales o síntomas pertenecientes a otros aparatos o sistemas.

A partir de su aparición, los síntomas pueden tener un curso diverso. En algunos procesos, como la neumonía, los síntomas de la enfermedad evolucionan en forma rápida y continuada hasta el término de 7 a 9 días generalmente. Los síntomas pueden ser escasos y poco llamativos en un principio y hacerse después más variados y acentuados; esa evolución progresiva es la regla en algunos procesos crónicos. (18)

IV.III ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS

IV.III.I RESFRIADO COMÚN

Suelen ser causadas por virus respiratorios que se adquieren a través del contacto directo con personas infectadas, superficies contaminadas y gotitas respiratorias. Las causas virales más comunes de infecciones inespecíficas de vías respiratorias son los rinovirus (más de 100 serotipos), coronavirus, virus de la parainfluenza, virus sincitial respiratorio, virus de la gripe, adenovirus (57 serotipos), metaneumovirus y bocavirus. Los virus respiratorios comunes tienen períodos de incubación de dos a ocho días después de la exposición. Los síntomas por lo general comienzan gradualmente e incluyen sensación de plenitud nasal, obstrucción nasal, rinorrea, dolor faríngeo, laringitis, linfadenopatía, tos y fiebre leve. Los pacientes pueden tener mialgias, pero esta característica no suele ser tan prominente como lo es en la gripe. La epistaxis es común al limpiarse la nariz con frecuencia.

En la exploración física, los hallazgos varían, pero los pacientes pueden tener conjuntivitis, eritema faríngeo, exudados faríngeos o inflamación faríngea. Dependiendo de la fase de la enfermedad, la mucosa nasal puede estar pálida, aumentada de tamaño, eritematosa e hinchada. El moco nasal puede variar desde acuoso hasta purulento. En la auscultación, los campos pulmonares pueden estar limpios o el paciente podría tener sibilancias difusas o ruidos respiratorios bronquiales compatibles con una infección viral. Los síntomas suelen persistir por cinco a 10 días, pero a menudo hasta 14 días.

Para adultos y niños mayores, el tratamiento de una infección inespecífica de vías respiratorias altas se basa en los síntomas. Se debe informar a los pacientes de que los síntomas por lo general alcanzan su punto máximo poco después del inicio del cuadro, pero pueden durar hasta 14 días; que pueden transmitir la infección mientras persistan los síntomas y que deben descansar y beber líquidos en abundancia para evitar la deshidratación. Las señales de alerta para las que los pacientes deben buscar atención incluyen fiebre de $> 39^{\circ} \text{C}$, dolor torácico (que no sea muscular), dificultad para respirar, mareos, confusión, otalgia de aparición reciente o dolor en los senos paranasales y síntomas que duran más de 14 días. Aunque la infección inespecífica de vías respiratorias altas puede complicarse con otitis media y sinusitis bacteriana, para un paciente en particular, es más probable que un antibiótico cause una reacción adversa en lugar de evitar complicaciones.

IV.III.II OTALGIA

Suele ser causada por otitis externa y otitis media. En los adultos, la enfermedad otológica casi siempre se asocia con cambios en la agudeza auditiva. En los niños, se debe considerar la presencia de un cuerpo extraño. La otalgia también puede deberse a otras causas de infección local, inflamación, traumatismos o tumores, o puede solicitarse la valoración por algún especialista. La patología dental puede causar dolor que se irradia al oído; la caries y los abscesos son las causas más comunes.

La otitis externa es una inflamación o infección del conducto auditivo externo que se manifiesta como dolor, eritema, hinchazón, secreción auditiva y disminución de la agudeza auditiva. A menudo se asocia con infección bacteriana (con frecuencia por *Pseudomonas aeruginosa* o *Staphylococcus aureus*), pero también pueden estar implicados hongos como *Aspergillus* o *Candida*. La otitis externa es más común entre los niños preadolescentes y adolescentes.

La otitis externa puede ocurrir de forma simultánea con otitis media. Tal vez ocurra linfadenopatía preauricular, mastoidea, parótida o cervical. La otitis media aguda con rotura de la membrana timpánica puede asociarse con secreción auditiva y residuos en el conducto auditivo, pero a diferencia de la otitis externa no se acompaña de dolor con la movilización del pabellón auricular.

La otitis media aguda (OMA) es la inflamación aguda del oído medio. Es una de las enfermedades más prevalentes en la infancia. Es uno de los principales motivos de prescripción de antibióticos en atención primaria.

La microbiología de la otitis media aguda documentada identifica a *Streptococcus pneumoniae* (aislado con mayor frecuencia en todos los grupos etarios) seguido por *Haemophilus influenzae* no tipo b, son responsables de por lo menos el 90% de las OMA. *Moraxella catarrhalis* es el tercer agente en frecuencia, dando cuenta del 3% al 20% de las infecciones. Otros agentes menos frecuentes: *H. influenzae tipo B*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Chlamydia pneumoniae*, Bacilos Gramnegativos.

IV.III.III FARINGODINIA Y DOLOR DE CUELLO

El dolor faríngeo no es sinónimo de faringitis, pero también puede ser causado por enfermedades del espacio submandibular, los abscesos retrofaríngeos y periamigdalinos, tiroiditis, reflujo gastroesofágico, tumores y drenaje retranasal.

La faringitis aguda, en la que los síntomas por lo general están presentes durante días, suele ser causada por virus respiratorios; a menudo es causada por estreptococos β - hemolíticos del grupo A (GAS) y puede ser causada por otras bacterias (incluida *Neisseria gonorrhoeae*), el virus de Epstein -Barr (EBV, Epstein -Barr virus) y VIH. En la exploración física, el eritema faríngeo se asocia más a menudo con infecciones virales, incluidos el resfriado común y la gripe. El exudado faríngeo no debe confundirse con la infección por *Candida*, que tiene el aspecto del requesón, se puede raspar y deja una superficie sangrante o leucoplaquia, que no se puede desprender. La anamnesis y la exploración física pueden ayudar a diferenciar el dolor faríngeo y la faringitis de diversas causas. (17)

IV.III.IV FARINGITIS Y AMIGDALITIS

La faringoamigdalitis aguda es una de las enfermedades infecciosas más frecuentes que afecta a la comunidad, especialmente a niños menores de 15 años. Se caracteriza por la inflamación de la pared faríngea y de los tejidos linfáticos circundantes. Un porcentaje significativo de casos, próximo al 80%, tiene una etiología viral. Sin embargo, como ya se ha mencionado, son las de causa bacteriana y de forma significativa las originadas por el estreptococo beta hemolítico del grupo A (*K. pyogenes*).

El diagnóstico puede establecerse atendiendo a criterios clínicos, epidemiológicos, analíticos y microbiológicos. No obstante, se debe recordar que sólo el estudio microbiológico permite esclarecer con certeza la causa de la infección, la orientación del tratamiento, la erradicación del microorganismo causal y la prevención de complicaciones.

El estudio microbiológico de las faringoamigdalitis no suele hacerse habitualmente, pero es el único que logra establecer la etiología con certeza y, de llevarse a cabo, permitiría reducir el uso innecesario de antibióticos y la aparición de resistencias. (19)

IV.III.V EPIGLOTITIS

Junto con la disfagia, la odinofagia, la disfonía y el estridor o la taquipnea asociadas, se debe considerar la supraglotitis o la epiglotitis en adultos que presentan dolor faríngeo. La epiglotis inflamada y aumentada de tamaño sobresale hacia la orofaringe. Los pacientes pueden extender el cuello o inclinarse hacia adelante y presentar sialorrea para eliminar las secreciones orales con el fin de evitar deglutir. Como la obstrucción de las vías respiratorias puede llegar a ser potencialmente letal, se debe observar al paciente con epiglotitis en un entorno hospitalario. En los adultos, el tratamiento conservador bajo observación es suficiente en la mayor parte de los casos, pero puede ser necesaria la intubación por parte de un médico experto o la traqueostomía. Los tratamientos también incluyen la humidificación con solución salina isotónica en nebulización u oxígeno humidificado y la administración de glucocorticoides, antibióticos por vía IV y epinefrina nebulizada. *H. influenzae*, es la causa más frecuente de supraglotitis en los niños y es menos frecuente en adultos. Otros organismos causales en adultos son *S. pneumoniae*, *S. pyogenes* y *S. aureus*.

IV.III.VI LARINGITIS

Es la inflamación de la laringe y las estructuras circundantes. Es causada más a menudo por infecciones virales de vías respiratorias altas. En los niños, el virus de la parainfluenza puede causar laringotraqueobronquitis, que se caracteriza por “tos de perro” pero que también puede incluir laringitis. Además de los virus, la laringitis puede ser causada en casos poco frecuentes por bacterias y hongos.

La laringitis bacteriana puede ser una complicación de la laringitis viral, que ocurre casi siete días después de la enfermedad. Las bacterias involucradas más a menudo son *S. pneumoniae*, *H. influenzae* y *M. catarrhalis*. La laringitis micótica es probablemente más rara, pero debe considerarse en pacientes inmunodeprimidos o que han sido tratados recientemente con antibióticos. La laringitis se caracteriza por disfonía, que a veces progresa hacia la afonía.

La laringitis puede asociarse con tos seca y dolor faríngeo; los pacientes a menudo sienten la necesidad de aclararse la garganta.

La exploración física de los pacientes que pueden tener laringitis debe centrarse en la cabeza, cuello y pulmones, pero el diagnóstico de laringitis generalmente se basa en la anamnesis.

La laringitis por lo general cede en forma espontánea, por lo general dura de tres a siete días, pero puede durar hasta 14 días. Es fundamental el reposo de la voz. La hidratación y la humidificación de las vías respiratorias pueden ser de utilidad. En estudios clínicos con asignación al azar y grupo testigo, los antibióticos no fueron eficaces para disminuir los síntomas objetivos de laringitis. (17)

IV.III.VII GRIPE (INFLUENZA)

La gripe estacional es una enfermedad viral aguda de las vías respiratorias que se caracteriza por fiebre, tos (seca, en general), cefalea, mialgias, postración, rinitis y dolor de garganta. La tos suele ser intensa y puede durar dos semanas o más; la fiebre y los demás síntomas suelen desaparecer en cinco a siete días. En los ancianos pueden no acudir con un síndrome gripal clásico, sino por una exacerbación de enfermedades subyacentes (insuficiencia cardíaca congestiva) y es posible que no haya fiebre. Entre las complicaciones de la gripe están la afectación de las vías respiratorias inferiores como bronquitis y neumonitis; neumonía bacteriana causada por agentes patógenos comunes adquiridos en la comunidad como *Streptococcus pneumoniae* y *Staphylococcus aureus* (asociado con una mortalidad más alta y de los cuales una proporción importante son *S. aureus* resistentes a la meticilina). Si bien las muertes por gripe estacional pueden ocurrir en todos los grupos etarios, más de 90% corresponden a personas de 65 años y mayores.

Otros tipos de gripe: los seres humanos también pueden contraer la infección por virus de la gripe que circulan entre los animales, como los virus de la gripe aviar subtipos A (H5N1), A (H7N9) y A (H9N2) y los virus de la gripe porcina subtipos A (H1N1) y (H3N2). Por lo general, estas infecciones en seres humanos

causadas por virus de la gripe zoonótica se contraen por el contacto directo con los animales infectados o ambientes contaminados y su propagación a otras personas es limitada.

La gripe A (H5N1) en seres humanos, que por lo general se contrae después de una exposición a pollos infectados o a su entorno, se manifiesta en general por una neumonía grave. Los síntomas iniciales comunes son fiebre, muchas veces superior a 38 °C y tos, además de signos y síntomas de afectación de las vías respiratorias inferiores como disnea. Los síntomas de las vías respiratorias superiores como el dolor de garganta y la rinitis están presentes solo en ocasiones. Son comunes las siguientes alteraciones en los análisis de laboratorio: leucopenia, linfopenia, trombocitopenia leve o moderada y concentraciones altas de transaminasas. (20)

IV.III.VIII COVID- 19

El SARS -CoV-2, el patógeno que causa COVID-19, puede causar prácticamente cualquier síntoma de las vías respiratorias altas. Los síntomas de COVID-19 aparecen dos a 14 días después de la exposición y pueden incluir fiebre, escalofríos, tos, disnea, fatiga, mialgias, cefalea, rinorrea, dolor faríngeo, náusea, vómito o diarrea. La pérdida del gusto o del olfato de aparición reciente parecen ser manifestaciones específicas de COVID-19. (16)

IV.III.IX BRONQUITIS AGUDA

Es un trastorno inflamatorio traqueobronquial que suele asociarse con una infección respiratoria generalizada. Se presenta sobre todo durante los meses invernales. Este cuadro es de etiología viral en la gran mayoría de los casos siendo los agentes implicados con mayor frecuencia Rinovirus, Coronavirus, Influenza, Adenovirus. Otras causas menos frecuentes no virales son Mycoplasma, Pneumoniae y C. pneumoniae. (21)

IV.III.X NEUMONÍA

La neumonía es una infección del parénquima pulmonar. Históricamente, se clasificó como extrahospitalaria o adquirida en la comunidad, adquirida en el

hospital o relacionada con un ventilador.

La neumonía es consecuencia de la proliferación de microorganismos a nivel alveolar y la respuesta contra ellos es desencadenada por el hospedador. El principal patógeno aislado en la neumonía comunitaria sigue siendo *Streptococcus pneumoniae*, seguido por otros microorganismos como *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydothila pneumoniae* y los virus respiratorios; en los casos más graves: *S. aureus*, bacilos gram negativos y *Legionella* spp.

En cuanto al diagnóstico clínico de neumonía comunitaria del adulto es un cuadro de evolución aguda, caracterizado por compromiso del estado general, fiebre, calofríos, tos, expectoración mucopurulenta y dificultad respiratoria; asociado en el examen físico a taquicardia, taquipnea, fiebre y signos focales en el examen pulmonar. La probabilidad de un paciente con síntomas respiratorios agudos de tener una neumonía depende de la prevalencia de la enfermedad en el ambiente donde se presenta y de las manifestaciones clínicas del enfermo. Se estima que la prevalencia de neumonía en los servicios de atención primaria (consultorios y servicios de urgencia) corresponde a 3–5% de las consultas por patología respiratoria. El diagnóstico de neumonía es clínico-radiográfico: la historia clínica y examen físico sugieren la presencia de una infección pulmonar, pero el diagnóstico se confirma cuando se demuestra la presencia de infiltrados pulmonares en la radiografía de tórax. (22)

IV.IV ANTIBIOTICOTERAPIA

La administración de antibióticos ha sido tradicionalmente una preocupación para los pacientes hospitalizados, pero el uso ambulatorio de antibióticos representa casi 85% del uso de antibióticos por parte de los pacientes en la mayor parte de los países desarrollados.

Las intervenciones efectivas para disminuir la prescripción ambulatoria inapropiada de antibióticos incluyen la comparación entre pares, la justificación de la prescripción, el compromiso previo, métodos que sustenten la decisión clínica, la educación del paciente y las intervenciones multifacéticas.

La capacitación en comunicación ha sido particularmente eficaz cuando incluye hacer un diagnóstico claro, centrarse en acciones positivas que los pacientes puedan sentirse mejor, revisar la evolución esperada de la enfermedad e informar a los pacientes sobre los síntomas preocupantes por los que deben buscar atención médica. La telemedicina tiene el potencial de mejorar la conveniencia del paciente y reducir la prescripción inapropiada de antibióticos. La práctica de la prescripción tardía de antibióticos, es decir, una receta que se le da a un paciente al que se le pide que no la surta a menos que los síntomas no mejoren en unos días, tiene defectos conceptuales y debe evitarse. Las prescripciones de antibióticos retrasadas por lo general se administran para diagnósticos que se tratan de forma inapropiada con antibióticos (p. ej., infecciones virales); ignoran la evolución natural de las infecciones respiratorias agudas, que ceden en forma espontánea y por lo general duran de cinco a 14 días; ponen la carga de la toma de decisiones clínicas en los pacientes; y envían un mensaje confuso a los pacientes sobre la idoneidad de los antibióticos para las infecciones respiratorias. (17)

IV.V ANTIBIÓTICOS USADOS EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN PARA IRAS

La mayor parte de las infecciones agudas de la vía aérea superior se deben a virus. Se estima que sólo un 25% de los casos tiene su causa en una infección bacteriana. (23)

En el caso de una Faringitis aguda el tratamiento antibiótico debe administrarse durante al menos 7 días, aunque preferentemente se recomienda administrarlo durante 10 días ya que la mayoría de estudios se han efectuado con esta duración. En caso de positividad del Streptococcus del grupo A debe recomendarse la utilización de penicilina V 1.200.000 UI cada 12 horas por vía oral, ya que el Estreptococo beta- hemolítico del grupo A ha sido y sigue siendo sensible a este antibiótico en todo el mundo. En caso de intolerancia al tratamiento de primera elección puede administrarse amoxicilina 500 mg cada 12 horas.

También puede administrarse una cefalosporina de primera generación, como cefadroxilo 500 mg cada 12 horas. Si hay alergia confirmada a la penicilina se aconseja utilizar clindamicina 300 mg cada 8 horas durante 10 días. (24)

En sinusitis aguda el esquema recomendado es Amoxicilina 500 mg c/ 8 horas durante 10-14 días por vía oral; en caso de alergia, utilizar: trimetoprima /Sulfametoxazol 160/800 mg c/12 horas durante 10 a 14 días. (25)

En casos de otitis media que afecta principalmente a niños, también puede ocurrir en adultos, y en estos casos por su baja frecuencia, existe poca evidencia científica, por lo que el manejo y tratamiento es similar al de los niños. En la etiología de la OMA están implicados principalmente *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*. Buena parte de las resistencias del neumococo a penicilina se consiguen vencer con amoxicilina a dosis altas, por lo que se debe considerar este rango de dosis cuando se sospecha una resistencia elevada a neumococo, valorando las circunstancias del paciente y la gravedad del proceso. El neumococo no es productor de beta-lactamasas, por lo que su resistencia a las penicilinas no puede vencerse con ácido clavulánico. *Haemophilus influenzae* si puede ser productor de beta-lactamasas, y por ello amoxicilina-ácido clavulánico se debe reservar para casos de falta de respuesta a amoxicilina. Pacientes con síntomas leves, sin patología o antecedentes que puedan agravar el pronóstico, sin mejoría en 48-72 horas o tratamiento de inicio en pacientes con factores de riesgo (inmunodeprimidos, problemas de audición, OMA con perforación, afectación bilateral, recurrencias) o afectación importante (fiebre >38,5°C, repercusión significativa estado general, etc.) se recomienda Amoxicilina 500 mg c/ 8 h o 750-1000 mg c/ 8-12h VO por 5-7 días. Se recomienda usar dosis altas (1g c/ 8 h) si se sospecha neumococo con baja sensibilidad a amoxicilina o Amoxicilina/ Ác. Clavulánico 500-875/125 mg c/8-12 h VO por 5-7 días; en el caso de alergia a betalactámicos: Azitromicina 500 mg c/ 24 h VO por 3 días. (26)

En Bronquitis aguda más del 95% de los casos, la etiología es vírica (influenza A y B, parainfluenza, coronavirus 1-3, rinovirus, virus respiratorio sincitial y metapneumovirus humano). Sin embargo, un 5% se aíslan bacterias como *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* o *Bordetella pertussis* (7-32% de adultos con tos prologada > 3 semanas). En las bronquitis por *M. pneumoniae* o *C. pneumoniae* en ausencia de neumonía, no se recomienda el uso de antibióticos de forma general. Sin embargo, en las producidas por *B. pertussis*, aunque el tratamiento antibiótico probablemente no modifique el curso de los síntomas, es útil para evitar la diseminación. No existe relación entre la etiología “no vírica” con la duración de la tos ni con el aspecto del esputo, aunque sea purulento. Si se presentan signos de infección grave y comorbilidad grave se indica Amoxicilina 1 g c/8 h VO por 5 días o 1 g c/ 8 h VO en el 1er día seguido de 500 mg c/ 8 h VO por 4 días más; en casos de alergia a betalactámicos: Claritromicina 500 mg c/12 h VO por 5 días. Por otro lado, tratamiento de segunda línea Azitromicina 500 mg c/ 24h VO por 3 días ó 500 mg c/ 24 h en el 1er día seguido de 250 mg c/ 24 h por 4 días más o Claritromicina 500 mg c/12 h VO por 7 días. (27)

Por último, en Neumonías adquiridas en la comunidad la elección del tratamiento empírico más adecuado depende de sospecha etiológica, factores de riesgo del paciente, situación clínica (hallazgos clínicos de gravedad) y distribución geográfica de resistencias a antibióticos de los principales gérmenes implicados. En pacientes sin factores de riesgo con sospecha de neumonía por neumococo, se debe utilizar: Amoxicilina 1 gr VO cada 8 horas durante 8-10 días, Eritromicina (pacientes alérgicos): 500 mg VO cada 6 horas por 10 días. En sospecha de neumonía por gérmenes atípicos, utilizar macrólidos: Claritromicina 500 mg cada 12 h por 14 a 21 días o Levofloxacino 500 mg cada 24 horas por 7 a 10 días. (28)

IV.VI AUTOMEDICACIÓN

La automedicación es la utilización de medicamentos por iniciativa propia sin ninguna intervención del médico (ni en el diagnóstico de la enfermedad ni en la prescripción o supervisión del tratamiento).

FACTORES DE RIESGO PARA AUTOMEDICACIÓN

Los factores que influyen en este tipo de conducta se pueden dividir en 2 tipos: Exógenos y endógenos.

Factores exógenos

Son aquellos que influyen en el comportamiento y que se encuentran en el entorno del sujeto. Se dividen en: venta libre y propagandas

- **Venta Libre de Medicamentos:** Los medicamentos de venta libre conforman un grupo de fármacos destinados al alivio, tratamiento o prevención de afecciones menores con los que se posee una amplia experiencia de uso. Todos los medicamentos sin excepción, empleados en dosis excesivas o durante períodos demasiado prolongados, en situaciones en que no estarían indicados, pueden producir efectos secundarios, colaterales, indeseables o adversos, generar interacciones con otros fármacos o sustancias, inducir conductas de abuso o dependencia e incluso retrasar el diagnóstico de una afección que requiera cuidados médicos.
- **Propagandas:** Es innegable el impacto de la publicidad de los medicamentos en la conducta de los consumidores, y de allí los potenciales riesgos que representa para la salud de la población. La OMS creó los "Criterios éticos para la promoción de medicamentos", un marco teórico donde se establecen recomendaciones sobre los anuncios dirigidos al público "deben contribuir a que la población pueda tomar decisiones racionales sobre la utilización de medicamentos que están legalmente disponibles sin receta". La publicidad y promoción activa por los medios de comunicación masiva, aumenta la automedicación irresponsable. Los medicamentos abandonan así su lugar de bien social, esencial para la salud pública, y pasan a ser un bien de consumo.

Factores endógenos

Son aquellos que influyen en un cierto comportamiento y que por su procedencia interior son factibles de estimular y/o controlar la acción en la automedicación.

- **Económico:** Destacan el desempleo, las malas condiciones de trabajo y el bajo ingreso económico familiar de la población lo que no les permite adquirir un medicamento de calidad debido a los precios elevados de estos lo que se traduce en falta de prescripción por un profesional capacitado.
- **Falta de tiempo para acudir al médico:** Este es uno de los problemas que más aquejan a la sociedad, sin importar la profesión que realicen, siempre se quejan de la llamada “falta de tiempo”. Al no tener tiempo, los pacientes se imposibilitan el acceso del hospital, y acuden más frecuentemente a farmacias o tiendas más cercana de la casa y compran los medicamentos. Los pacientes al no acudir al consultorio de medicina no saben los diagnósticos definidos y no conocen los fármacos que se deben tomar.
- **Acceso a la información médica:** Hoy en día el acceso de la información está al alcance de quien posea una computadora por lo cual muchas personas buscan información en la internet para el tratamiento de la enfermedad y se automedican a partir de las sugerencias de páginas web. También influye el bajo nivel de instrucción de personas especialmente de los padres de familia, los cuales ignoran por completo el riesgo que implica la automedicación
- **Culturales:** La presión de grupo o de familiares que ofrecen una alternativa para la solución de problemas de salud basados en su propia experiencia con medicamentos de venta o sobre creencias populares transmitidas por generaciones sobre el origen de las enfermedades y su tratamiento.

Además, existen otros factores de riesgo que influyen, como: Percepción que la enfermedad o síntoma no es suficientemente grave para acudir al médico, experiencias previas, enfermedades crónicas, la dificultad para obtener citas médicas o la falta de centros de salud cercanos.

IV.VII RIESGOS DE AUTOMEDICACIÓN CON ANTIBIÓTICOS

- Aparición de toxicidad: efectos secundarios, reacciones adversas y, en algunos casos, intoxicación.
- Falta de efectividad, porque se hace uso de ellos en situaciones que no son necesarias.
- Dependencia o adicción a los medicamentos.
- Enmascaramiento de procesos clínicos graves y consecuentemente retraso en el diagnóstico y tratamiento de la patología.
- Interacciones con otros medicamentos, plantas o alimentos que la persona esté tomando. Puede haber una potenciación o disminución del efecto del medicamento.
- Resistencias a los antibióticos, por un uso excesivo de antibióticos que puede hacer que los microorganismos desarrollen mecanismos de resistencia y dejen de ser eliminados por estos antibióticos. (29)

El uso inadecuado y excesivo de medicamentos supone un desperdicio de recursos, a menudo pagados por los pacientes, y traen como consecuencia un considerable perjuicio al paciente en cuanto a la falta de resultados positivos y a la incidencia de reacciones adversas a medicamentos. Además, el uso excesivo de medicamentos antimicrobianos está teniendo como resultado una mayor resistencia antimicrobiana (30)

El manejo de los antibióticos no debe ser considerado como una simple prescripción o dispensación; la instauración de tratamientos inadecuados acontece en porcentajes cercanos o superiores al 50% del uso de los antibióticos; por lo tanto, el médico y el personal de salud deben estar en constante actualización a fin de evitar problemas de resistencia y otros que surgen a consecuencia de la mala prescripción. (31)

IV.VIII MEDIDAS PARA EVITAR LA AUTOMEDICACIÓN

- No tomar ningún medicamento que necesite receta, sin que haya sido prescrito por el médico. Es el médico el que debe diagnosticar la enfermedad e indicar al paciente el tratamiento que considere más indicado. Colaborando así, con el hecho de que el paciente tome consciencia de los perjuicios para la salud que puede ocasionar la toma de medicamentos sin supervisión médica.
- Informar al médico de todos los medicamentos que se toman o se han tomado, sobre todo si han sido prescritos por otro profesional.
- Evitar el consumo de alcohol cuando se están tomando medicamentos.
- Leer y conservar el prospecto de todos los medicamentos. Es importante saber qué tomamos, porque nos lo tomamos, cómo y cuándo nos lo tomamos.
- Conservar los medicamentos en el embalaje original. Éste, contiene información importante como la caducidad, el lote, etc. Además, el embalaje protege el medicamento y garantiza su conservación. (29)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que a pesar de que varios países tengan un reglamento de prohibición de venta de medicamentos sin receta médica, existe un 80% de probabilidad de conseguirlos. Cabe resaltar que la administración de medicamentos sin la indicación de un médico puede generar varias consecuencias como la autoprescripción de antibióticos, cuyo mal uso provocaría resistencia en infecciones bacterianas, y la errónea dosificación originando reacciones adversas. Asimismo, se debe tener en cuenta que la mayoría de las infecciones respiratorias son de causa viral, por lo cual no es necesario el uso de varios medicamentos. (32)

IV.IX RESISTENCIA BACTERIANA

La resistencia bacteriana, constituye un problema mundial de salud pública, ya que afecta de manera dramática el tratamiento ambulatorio y hospitalario de las infecciones producidas por múltiples microorganismos. Esta problemática mundial incluye todos los gérmenes patógenos para el ser humano y las diversas clases de

antibióticos.

La investigación bacteriológica a lo largo de los últimos años demuestra la rápida progresión de la resistencia bacteriana a los antibióticos. Esto lleva a que cada vez que se emplea un nuevo antibiótico las bacterias se han adaptado a él con mayor rapidez, necesitando en general sólo dos a cuatro años para desarrollar nuevos mecanismos de defensa.

La diseminación de la resistencia se facilita por la alta densidad de enfermedades infecciosas, los desplazamientos y los actos terapéuticos del personal sanitario. Aunque las infecciones hospitalarias en gran parte se deben a bacterias patógenas, se incrementa la participación en estos procesos de las llamadas bacterias oportunistas o comensales, que forman parte de las floras naturales del entorno y del organismo humano, y por considerarlas poco peligrosas inicialmente, no se crearon antibióticos para combatirlos, por lo cual son generalmente poco sensibles a los antibióticos actuales.

Durante la última década nuevas especies de bacterias, entre ellas las oportunistas, se han hecho resistentes y la multiresistencia se ha extendido más allá del medio hospitalario, constituyendo un motivo de preocupación para la medicina ambulatoria. La multiresistencia se define como la resistencia de un microorganismo a un medicamento antimicrobiano al que originalmente era vulnerable. Puede provenir del hospital o surgir en la comunidad bajo la presión selectiva de los antibióticos y su difusión tiene lugar en las familias, las escuelas, las guarderías y las residencias de ancianos.

Cuando la resistencia bacteriana sólo aparece en algunas cepas de una especie normalmente sensible se habla de resistencia adquirida, que es la forma más habitual de su presentación y puede ser por mutación o por la adquisición de nuevos genes. (31)

En un estudio realizado por Levin y colaboradores, concluyeron que con la cesación del uso de los antibióticos se reduciría la frecuencia, la diseminación y la evolución de plásmidos y genes mediadores de resistencia. Sin embargo, en la práctica clínica esto no es viable, ya que los antibióticos no pueden dejar de usarse. Es innegable que al administrar un antibiótico, además de que se actúa contra el patógeno supuesto, también se afecta a los gérmenes comensales de la nasofaringe y el intestino, así como a otros hábitats bacterianos presentes en el humano. A partir de un modelo matemático se ha demostrado la influencia que puede tener un antibiótico sobre la genética de poblaciones bacterianas y su resistencia a antibióticos. Ello permite sugerir que, a pesar de que se haga un juicioso uso de los antibióticos, la disminución de los porcentajes de resistencia en poblaciones bacterianas comensales y patógenas es moderada; inclusive, si se deja de usar un antibiótico, no es de esperarse que las bacterias regresen a los niveles de sensibilidad del pasado. Por lo anterior, la única medida para retrasar la multiresistencia bacteriana es el uso prudente de los antibióticos. (33)

Hay ciertos antibióticos con una elevada popularidad en la población, lo que ha llevado a su consumo excesivo, sin importar las repercusiones que puedan traer. En general, los antibióticos son los segundos fármacos después de los analgésicos más comúnmente usados en la automedicación.

Hay que mencionar que otro factor clave en el fenómeno de la automedicación es la adhesión al tratamiento, lo cual está relacionado con el comportamiento de una persona frente al tratamiento, ya sea que sí se tome el medicamento, que siga las instrucciones brindadas por el médico o que introduzca cambios en el estilo de vida personal para que haya un mejor efecto del tratamiento. Si hay una mala adherencia o incumplimiento de los antibióticos, se presenta entonces un riesgo potencial de salud pública, debido a que se incrementa notablemente la resistencia de los microorganismos a los antibióticos.

Como resultado del mal uso de antibióticos se produce un aumento en el costo económico en la salud pública, y la multirresistencia. (34)

IV.X FACTORES CLAVES EN EL DESARROLLO DE RESISTENCIA BACTERIANA

- Evitar el uso de antimicrobianos en situaciones en las que no están indicados (ejemplo, infecciones respiratorias víricas, bacteriuria asintomática, entre otros).
- Elegir el tratamiento antimicrobiano empírico, considerando gravedad del cuadro, síndrome clínico, epidemiología local y circunstancias individuales, evitando fármacos de amplio espectro o elevado impacto ecológico (quinolonas, cefalosporinas), en situaciones no indicadas.
- Revisar el tratamiento una vez conocida la etiología de la infección e indicar el fármaco más eficaz y seguro, con menor impacto ecológico.
- Evitar prolongar el tratamiento más allá de lo imprescindible (se han desarrollado evidencias de igual eficacia con una duración de tratamiento más corta para la mayoría de las infecciones) y suspenderlo inmediatamente si se descarta infección bacteriana.
- Utilizar dosis adecuadas considerando los aspectos farmacocinéticos y farmacodinámicos.
- Reducir precozmente el inóculo bacteriano mediante el “control del foco” (drenaje quirúrgico del foco infeccioso, retirada del dispositivo infectado, eliminación de obstrucción en la infección de la vía urinaria o biliar, entre otros) siempre que sea posible.
- Seguir las recomendaciones de las guías locales, en caso de duda consultar con expertos.
- Reforzar las medidas de prevención y control de infecciones.
- Llevar a cabo estrategias de uso racional de antimicrobianos.
- Llevar a cabo campañas de sensibilización y comunicación efectiva con el paciente, que faciliten el uso responsable y adecuada adherencia al tratamiento. (35)

V. DISEÑO METODOLÓGICO

a. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio es de tipo cuantitativo y transversal.

Cuantitativo, porque a través de una encuesta orientada a la automedicación en infecciones respiratorias agudas, se investigarán factores de riesgo, tipo de antibióticos utilizados y características de la población que consulta en Unidad de Salud Intermedia de Apopa entre las edades de 18 a 59 años, para posteriormente graficar dichos datos y analizar dicha información de manera numérica a través de la incidencia de los factores de riesgo, el antibiótico más utilizado y las características que predominan en la población que se automedica.

Transversal, por la necesidad de obtener datos durante un periodo de tiempo único, el cual será de julio a agosto, sin intención de seguimiento longitudinal.

b. PERIODO DE INVESTIGACIÓN

La investigación se realizó desde julio a agosto en el año 2025.

c. ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en la Unidad de Salud Intermedia del distrito de Apopa que pertenece a San Salvador Oeste, Departamento de San Salvador.

d. UNIVERSO

Constituido por las personas con edades de 18 a 59 años que consultan en la Unidad de Salud Intermedia de Apopa con síntomas de infección respiratoria aguda.

e. **POBLACION**

Constituido por las personas con edades de 18 a 59 años que consultan en la Unidad de Salud Intermedia de Apopa con síntomas de infección respiratoria aguda en el período de julio a agosto de 2025. Al no estar disponible el dato de la población correspondiente a los meses de estudio, se usa el promedio de pacientes del grupo etáreo definido que consultan por mes en el período de enero a abril de 2025 con síntomas de infección de vías respiratorias superiores según el registro SIMMOW, el cual resultó en un total 1282 personas.

f. **MUESTRA**

SELECCIÓN

La muestra se seleccionó mediante **muestreo aleatorio simple probabilístico** de los investigadores, tomando en cuenta que los participantes cumplan con los criterios de inclusión. Se brinda oportunidad a todos los pacientes que consultan en área de IRAS a participar en dicho estudio, esto se hace seleccionando una de cada 3 personas que consultan en un día.

La muestra de la población ha sido calculada con base a 1282 personas, las cuales son el promedio de pacientes de 18 a 59 años que han consultado con síntomas de infección de vías respiratorias en el período de enero a abril de 2025 en la Unidad de Salud Intermedia de Apopa.

Con ese promedio se aplicó la calculadora cuestión-pro disponible en línea en: <https://es.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>; con un Nivel de confianza 90% y un margen de error de 10% con P 50% de proporción que brinda un resultado de 65 personas. Esta calculadora se basa en la aplicación de la fórmula de cálculo de muestra para poblaciones finitas.

Cómo calcular el tamaño de muestra para una población finita

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

n = Tamaño de muestra buscado

N = Tamaño de la Población o Universo

z = Parámetro estadístico que depende el Nivel de Confianza (NC)

e = Error de estimación máximo aceptado

p = Probabilidad de que ocurra el evento estudiado (éxito)

q = (1 - p) = Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado

g. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Solo los firmantes de consentimiento informado y aquellos que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión serán incluidos en el estudio.

Criterios de inclusión:

- Hombres y mujeres con edades desde los 18 a 59 años que solicitaron consulta en la USI Apopa en el período de julio a agosto del 2025
- Hombres y mujeres que consultan por primera vez con síntomas respiratorios como tos, congestión nasal, fiebre reciente.
- Hombres y mujeres que consulten en USI Apopa en horario MINSAL
- Hombres y mujeres que acepten participar de forma voluntaria.
- Hombres y mujeres con las condiciones físicas y mentales de responder el cuestionario

Criterios de exclusión:

- Pacientes embarazadas entre las edades de 18 a 59 años que consultan en USI Apopa
- Personas que previo a consultar en USI Apopa consultaron en clínica privada o con otro médico el cual haya recetado antibiótico en caso de enfermedades respiratorias agudas
- Personas que trabajen en el área de salud como médicos, farmacéuticos y enfermeras
- Personas que consultan en USI Apopa en horario FOSALUD

Solo los firmantes de consentimiento informado y aquellos que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión serán incluidos en el estudio.

h. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

El objetivo general del presente trabajo “Conocer el uso de antibióticos sin prescripción médica en pacientes de 18 a 59 años de edad que consultan con síntomas de infección respiratoria aguda en la Unidad de Salud Intermedia de Apopa en el período de julio a agosto del 2025.” se abordará a través de variables que se desglosan de los objetivos específicos, los cuales se presentan a continuación:

- Identificar los factores de riesgo que contribuyen al uso de antibióticos sin prescripción médica en infecciones respiratorias agudas en primer nivel de atención de salud. **Variable: factores de riesgo**
- Reconocer los antibióticos más utilizados sin prescripción médica y su patrón de uso en pacientes con infecciones respiratorias agudas. **Variables: Automedicación y patrón de uso de antibióticos**
- Caracterizar epidemiológicamente los casos de pacientes que usan antibióticos sin prescripción médica en las infecciones respiratorias agudas en primer nivel de atención. **Variable: Características demográficas**
- Conocer las razones que conllevan a las personas al uso de antibióticos sin prescripción médica. **Variables: Razones**
- Explorar el conocimiento sobre las consecuencias de usar antibióticos sin prescripción médica. **Variable: Conocimiento**

TEMA: USO DE ANTIBIÓTICOS SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA EN PACIENTES DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD QUE CONSULTAN CON SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN LA UNIDAD DE SALUD INTERMEDIA DE APOPA EN EL PERÍODO DE JULIO A AGOSTO DEL 2025.

OBJETIVO GENERAL: Determinar el uso de antibióticos sin prescripción médica en pacientes de 18 a 59 años de edad que consultan con síntomas de infección respiratoria aguda en la Unidad de Salud Intermedia de Apopa en el período de julio a agosto del 2025

Objetivo específico	Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Indicador	Valores	Método de recolección	Tabla y grafico	Plan de Interpretación
1. Mencionar los factores de riesgo con el uso de antibióticos sin prescripción médica en infecciones respiratorias agudas en los pacientes de 18 a 59 años de edad que consultan en la unidad de salud intermedia de Apopa	Factores de riesgo	Condiciones personales, sociales o culturales que contribuyen a la automedicación	Se considerarán como factores de riesgo del participante las preguntas marcadas con "sí" en la sección del cuestionario de factores de riesgo	-Disponibilidad de tiempo -Experiencias previas personales y de terceros -Acceso de antibióticos sin receta -Lugares de acceso a antibióticos sin receta médica -Acceso a servicios médicos -Económicos -Propagandas	- Sí - No - Farmacia -Tienda -Mercado -Guardados -Por terceros	Encuesta con cuestionario	- Tabla de frecuencia - Gráfico de barras	Se interpretará los factores de riesgo que predominan en la población de estudio
2. Reconocer los tipos de antibióticos	-Automedicación -Patrón de uso de antibióticos	-Elección y uso de medicamentos	Se indagará cuáles antibióticos han	- Nombres de antibióticos consumidos sin	- Amoxicilina	Encuesta con cuestionario	-Tabla de frecuencia	Se evaluará qué antibióticos se usan, la

<p>utilizados sin prescripción médica en infecciones respiratorias agudas y su patrón de uso en pacientes de 18 a 59 años de edad que consultan en la unidad de salud intermedia de apopa</p>		<p>por parte de personas para tratar enfermedades o síntomas que ellas mismas han identificado</p> <p>-Forma en que algo se utiliza, organiza, o se repite de manera consistente a lo largo del tiempo</p>	<p>sido consumidos, por cuánto tiempo y con qué frecuencia.</p>	<p>prescripción médica</p> <p>-Frecuencia del uso de antibióticos sin prescripción médica</p> <p>-Duración del uso de antibióticos sin prescripción médica</p>	<p>-Amoxicilina/Acido clavulánico</p> <p>-</p> <p>Trimetoprim/sulfamet oxazol</p> <p>- Cefadroxilo</p> <p>-Ampicilina</p> <p>-Siempre</p> <p>-Casi siempre</p> <p>-A veces</p> <p>-Nunca</p> <p>-1-3 días</p> <p>-4-7 días</p> <p>-Más de 7 días</p>		<p>- Gráfico de barras</p>	<p>frecuencia y duración de tratamiento</p>
<p>3. Caracterizar los pacientes entre las edades de 18 a 59 años que usan antibióticos sin</p>	<p>-Características sociodemográficas</p> <p>-Características clínicas</p>	<p>-Descripción de aspectos sociodemográficos de los pacientes que se automedican</p>	<p>Se registran datos generales de la población además de indagar a través de encuesta</p>	<p>-Edad</p> <p>-Sexo</p> <p>-Ocupación</p> <p>-Nivel académico</p> <p>-Zona de Residencia</p>	<p>-18-24 años</p> <p>-25-44 años</p> <p>-45-59 años</p>	<p>Encuesta con cuestionario</p>	<p>-Tabla de frecuencia</p> <p>- Gráfico de barras</p>	<p>Se determinará el perfil clínico y sociodemográfico predominante en la automedicación</p>

<p>prescripción médica en las infecciones respiratorias agudas que consultan en unidad de salud intermedia de Apopa</p>		<p>- Signos y síntomas observables que ayudan a definir condiciones médicas específicas</p>	<p>sobre antecedentes personales y recurrencia de enfermedades y sintomatología</p>	<p>- Enfermedades crónicas - Frecuencia de síntomas gripales -Frecuencia de consultas médicas por IRAS -Automedicación previa a consultas -Riesgos de automedicación -Síntomas clínicos</p>	<p>-Femenino -Masculino -Empleado -Desempleado - Básica - Secundaria - Universitaria -Urbano -Rural -Diabetes mellitus -Hipertensión arterial -Asma -EPOC -Enfermedades tiroideas -Cáncer -Insuficiencia venosa y arterial -Enfermedad renal -Lupus eritematoso sistémico -Epilepsia</p>			
---	--	---	---	---	--	--	--	--

					-Otros -Muy seguido -Pocas veces -Casi nunca -Si -No -Tos aguda -Tos crónica -Estornudos -Flema transparente -Flema verde -Dolor de garganta -Fiebre -Febrícula Masa/nódulo/pelota/g anglio -Intoxicación -Ineficacia a futuro -Adicción o dependencia -Enmascaramiento de otras enfermedades -Interacción con otros Medicamentos			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

i. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FUENTES DE INFORMACIÓN

- Pacientes con edades desde los 18 a 59 años que solicitan consulta en la USI Apopa en el período de julio y agosto del 2025

TÉCNICA DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

La técnica empleada para obtener la información de este estudio fue una encuesta para la que se ha diseñado un cuestionario estructurado con los siguientes apartados:

- Información sociodemográfica: edad, sexo, nivel educativo, ocupacional y zona de residencia;
- Antecedentes clínicos: enfermedades crónicas, síntomas presentados, duración de los síntomas, frecuencia de síntomas y de consultas médicas, administración a sí mismo del tratamiento
- Prácticas de utilización de antibióticos: consumo reciente de antibióticos, origen del antibiótico consumido, razones que motivaron el consumo sin prescripción y conocimiento sobre antibióticos y las consecuencias del uso de antibióticos sin prescripción médica

Dicho cuestionario se responde por los pacientes que cumplan los criterios de inclusión habiendo firmado previamente el consentimiento informado

j. PLAN DE PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Se utilizó la encuesta estructurada, la cual se administró a través de un cuestionario con preguntas cerradas. Posteriormente, se agrupan los datos según cada variable objetivo de estudio. A través de esta recolección se identificaron los usos de antibióticos sin receta médica en caso de enfermedades respiratorias agudas.

Se abordó cada variable del presente estudio de manera siguiente:

1. **Factores de riesgo:** se incluyen preguntas dirigidas a conocer posibles determinantes que influyan en la automedicación como disponibilidad de tiempo, experiencias previas personales y de terceros, acceso a antibióticos sin receta médica, lugares de acceso a antibióticos y acceso a servicios médicos.
2. **Automedicación:** se busca conocer la incidencia de la automedicación en la población estudio y los antibióticos más utilizados en caso de infecciones respiratorias agudas.
3. **Patrón de uso de antibióticos:** Se busca conocer el tiempo de automedicación y la frecuencia de dicha práctica.
4. **Características sociodemográficas y características clínicas:** Se indaga sobre cuáles son las características sociodemográficas que predominan en las personas que practican la automedicación, además, se realizan preguntas relacionadas con el conocimiento acerca de los riesgos de la automedicación y características clínicas que pueden llevar a automedicarse, con el propósito de conocer si estas son influyentes o no en dicha práctica.

El análisis de datos se realizó mediante estadística descriptiva, a través de tablas dinámicas, porcentajes y gráficos utilizando Excel.

VI. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio rige con los principios éticos de la declaración de Helsinki, los cuales serán aplicados en seres humanos.

a. PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Se protegió la identidad de cada paciente, sin recopilar datos personales identificables. Se les informa que su identidad o su participación en la investigación no será difundida.

b. MECANISMOS DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE LOS DATOS

Se informó a los pacientes seleccionados que son libres de decidir si desean participar y que pueden retirarse del estudio en cualquier momento sin ninguna repercusión negativa.

c. CONSENTIMIENTO

Se hizo uso del consentimiento informado, en donde se brindó dicho documento a cada participante voluntario de la investigación, explicando el tipo de estudio, y no implicando beneficios ni riesgos directos. Se garantizó que los participantes comprenden la información, especialmente, en personas con bajo nivel educativo.

d. COMPARTIMIENTO DE BENEFICIOS

La presente investigación sobre el uso de antibióticos sin prescripción médica en pacientes con síntomas sugestivos de infección respiratoria aguda aporta beneficios importantes:

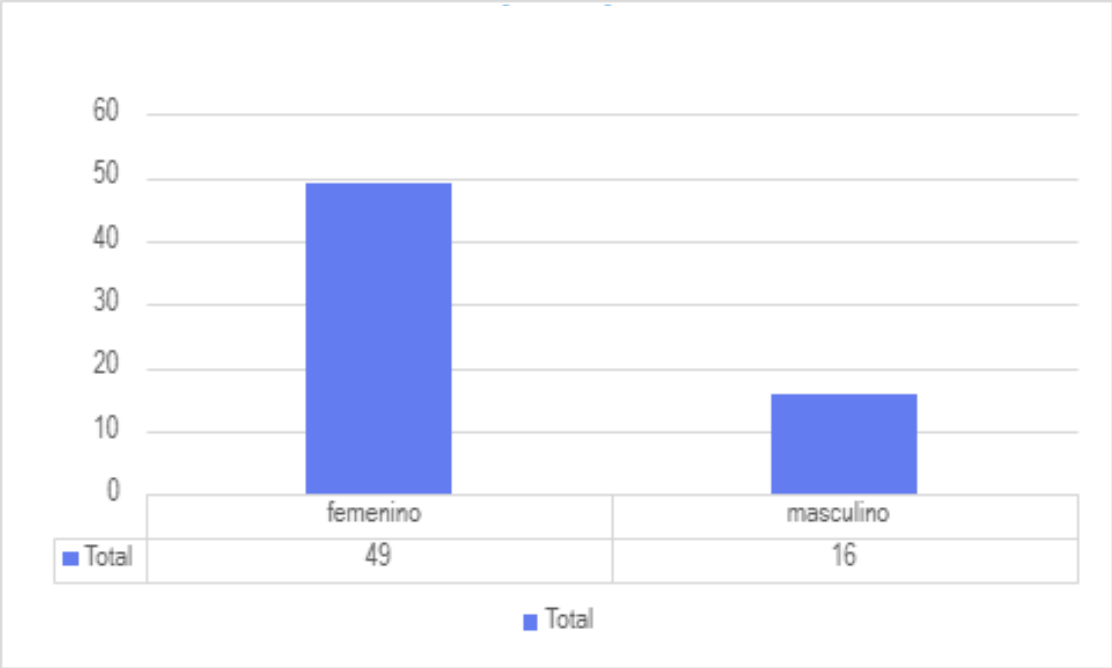
Se protege el bienestar del participante, ya que se busca describir una práctica frecuente y riesgosa, lo que permite ser usado de base para futuras investigaciones, con el propósito de educar e informar a la población con acceso al presente estudio, **sin poner en riesgo a paciente y representando un beneficio de manera indirecta y a largo plazo**. Para futuras investigaciones para estudios más amplios sobre el uso irracional de antibióticos basados en evidencia local y permita identificar brechas en educación sanitaria.

VII. RESULTADOS

Durante la realización de este estudio, se encontraron diversas limitantes que afectaron la recolección y la calidad de los datos obtenidos. Al calcular el tamaño de la muestra, se determinó un total de 296 participantes considerando un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Sin embargo, por dificultades logísticas, con el tiempo disponible, la obtención de autorizaciones por parte del SIBASI, la cantidad de consultas en dicho establecimiento y tiempo de espera entre consultas se tuvo que modificar los parámetros estadísticos. Por tanto, se utilizó un nivel de confianza del 90% y un margen de error del 10%, lo que resultó en una muestra reducida y accesible.

Otra limitante importante fue la dificultad que algunos participantes experimentaron durante la encuesta. Algunos tuvieron problemas para entender claramente las preguntas e indicaciones, a pesar de la disposición por parte de nosotros como recolectores de responder cualquier pregunta que surgiera durante dicho llenado, lo cual pudo influir en la calidad de la información obtenida. Además, la veracidad de las respuestas se vio afectada en gran medida por la sinceridad del participante y la disposición durante el llenado, lo cual representa un posible sesgo de información importante que es necesario tener en cuenta al analizar los resultados.

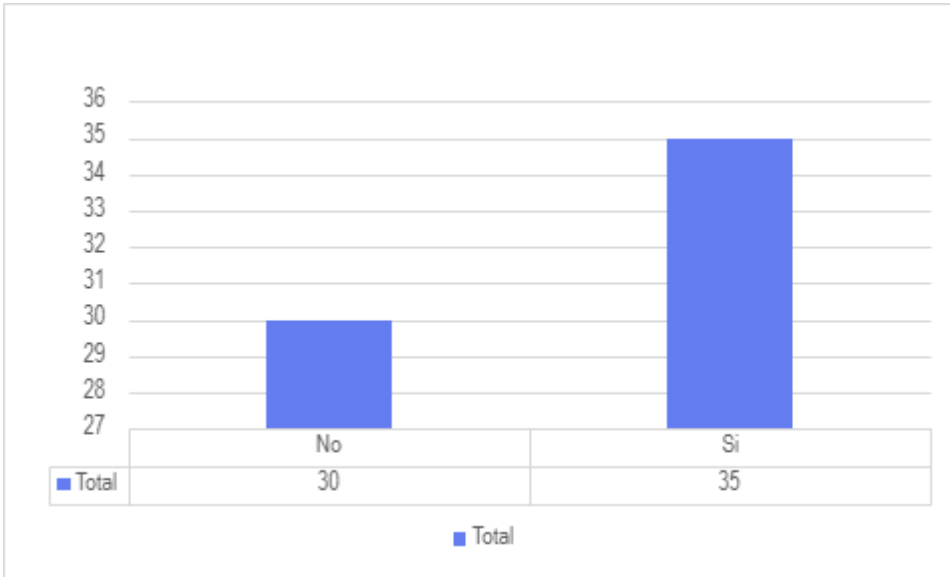
Gráfico 1. Sexo predominante en automedicación



Fuente: Anexo N°1 Instrumento de recolección de datos. “Uso de antibióticos sin prescripción médica en pacientes de 18 a 59 años de edad que consultan con síntomas de infección respiratoria aguda en la Unidad de Salud Intermedia de Apopa”. Julio-Agosto 2025.

De la población que participó en el presente estudio, con total de 65 personas, el sexo predominante que participó fue el femenino, con un valor de 49 personas (75.38%), comparado con el sexo masculino con un valor de 16 personas (24.62%).

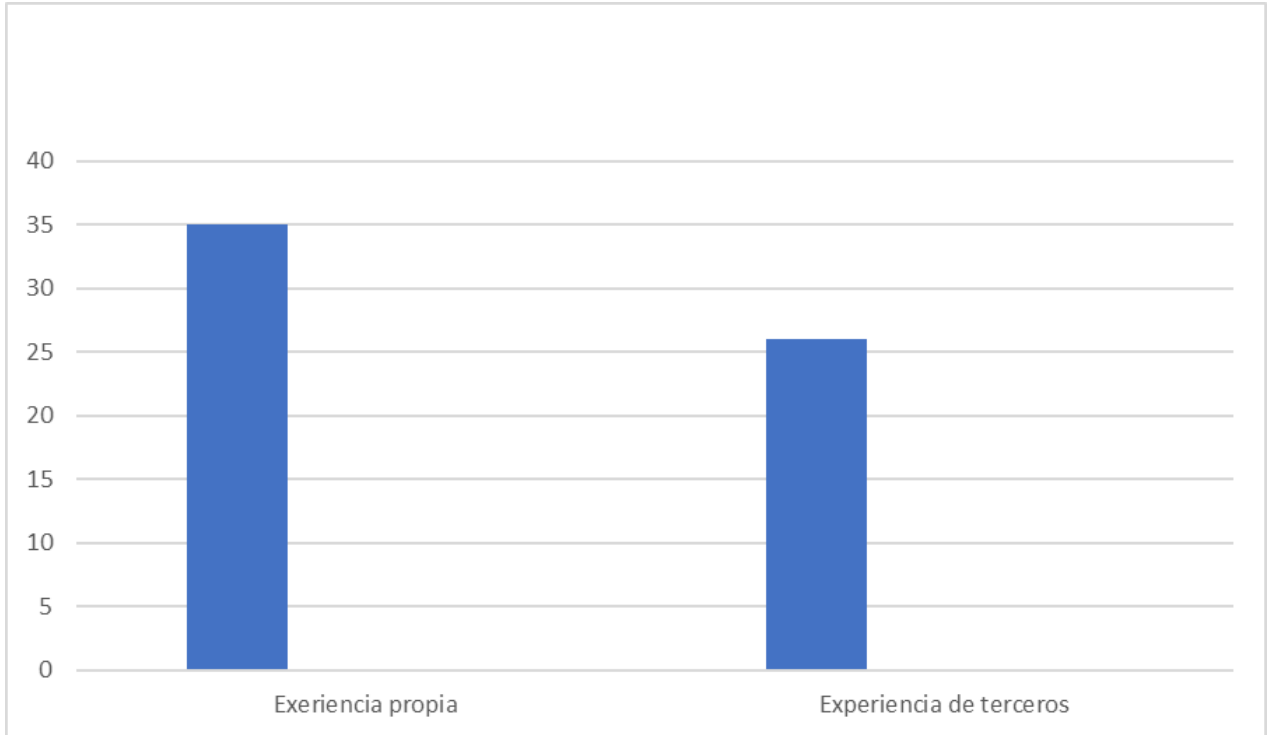
Gráfico 2. Compra de antibiótico sin receta médica



Fuente: Anexo N°1 Instrumento de recolección de datos. “Uso de antibióticos sin prescripción médica en pacientes de 18 a 59 años de edad que consultan con síntomas de infección respiratoria aguda en la Unidad de Salud Intermedia de Apopa”. Julio-Agosto 2025.

El valor de personas que han comprado antibióticos sin receta médica es de 35 personas (53.85%), comparados con el valor de personas que no han comprado antibiótico sin receta médica que son 30 (46.15%), lo cual indica que la población que compra antibióticos sin receta médica representa más de la mitad de la población estudio.

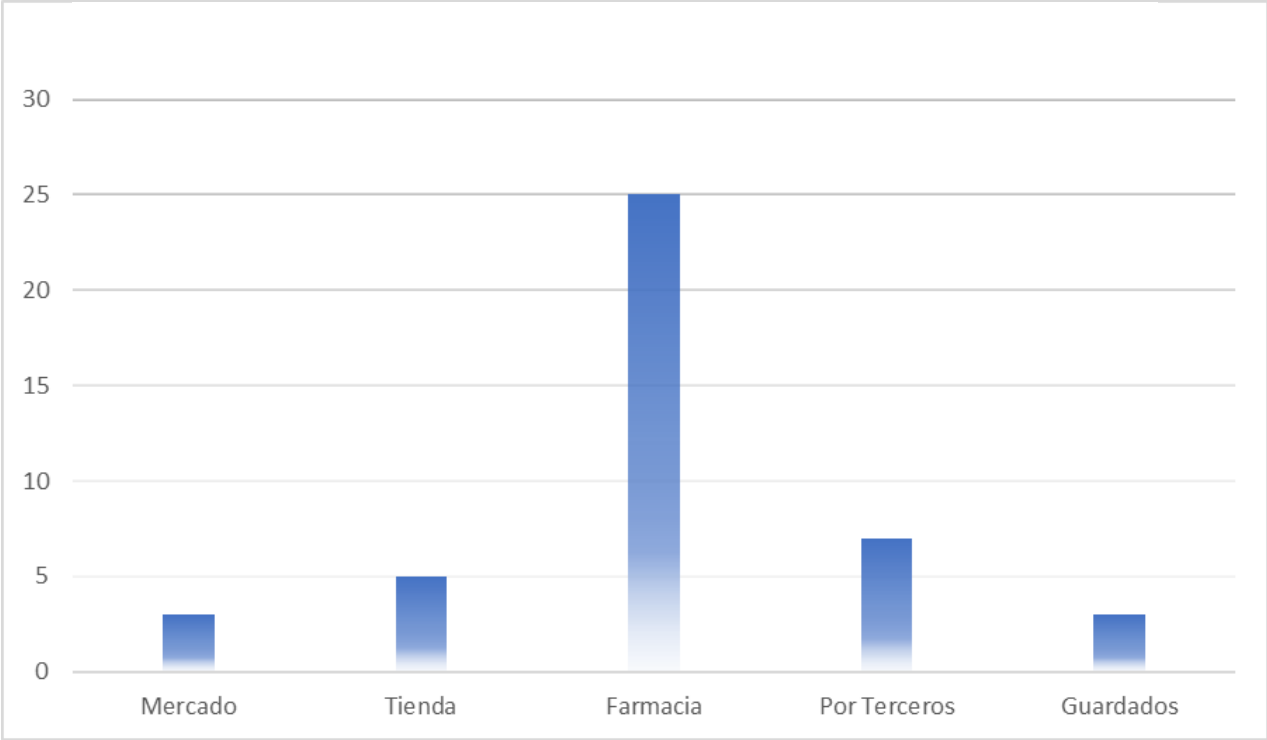
Gráfico 3. Automedicación por experiencia propia vs experiencia de terceros



Fuente: Anexo N°1 Instrumento de recolección de datos. “Uso de antibióticos sin prescripción médica en pacientes de 18 a 59 años de edad que consultan con síntomas de infección respiratoria aguda en la Unidad de Salud Intermedia de Apopa”. Julio-Agosto 2025.

Del 100% de la población que participó en el presente estudio, 35 (46.15%) personas refieren haber utilizado antibiótico sin prescripción médica por experiencia propia previa de alivio y 26 (40%) personas refieren haber utilizado antibiótico sin prescripción médica por experiencia de terceros.

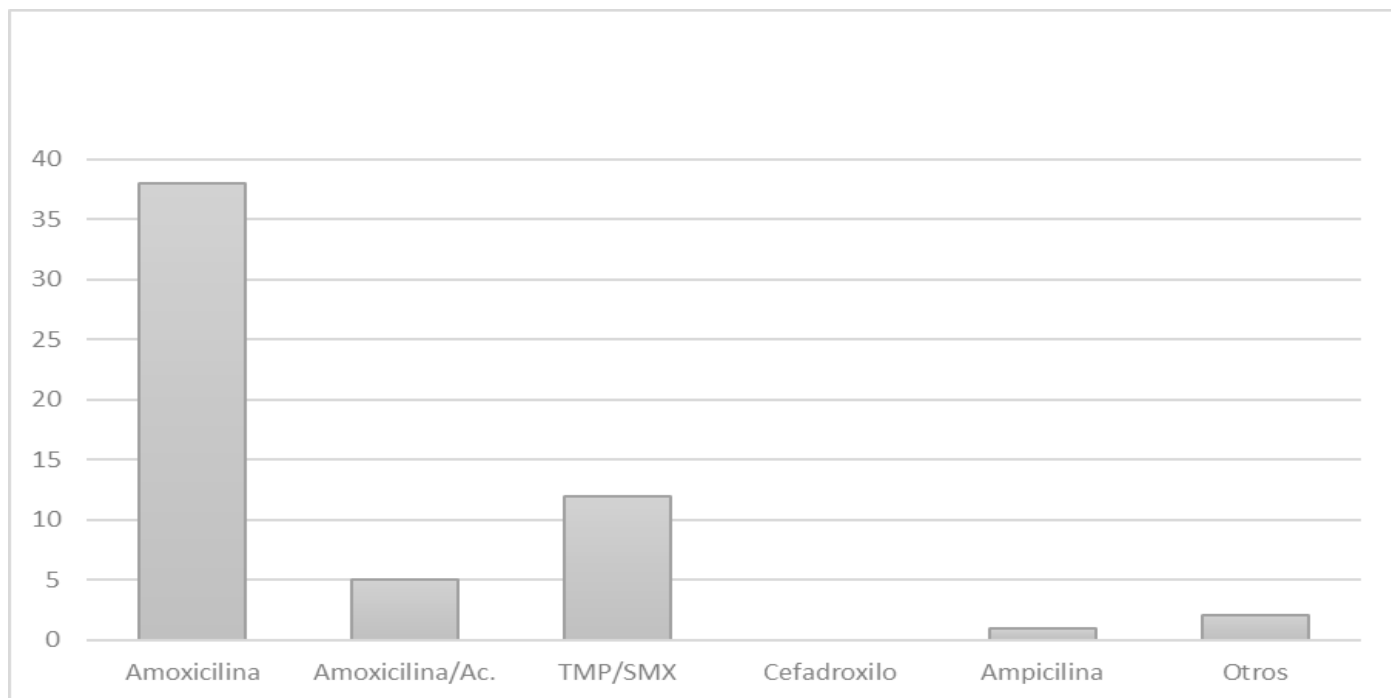
Gráfico 4. Lugar de adquisición de antibiótico sin receta médica



Fuente: Anexo N°1 Instrumento de recolección de datos. “Uso de antibióticos sin prescripción médica en pacientes de 18 a 59 años de edad que consultan con síntomas de infección respiratoria aguda en la Unidad de Salud Intermedia de Apopa”. Julio-Agosto 2025.

Del 100% de la población, 3 (4.62%) personas refieren haber obtenido antibiótico sin receta médica en mercado, 5 (7.69%) en tiendas, 25 (38.46%) en farmacias, 7 (10.77%) por terceros y 3 (4.62%) almacenados.

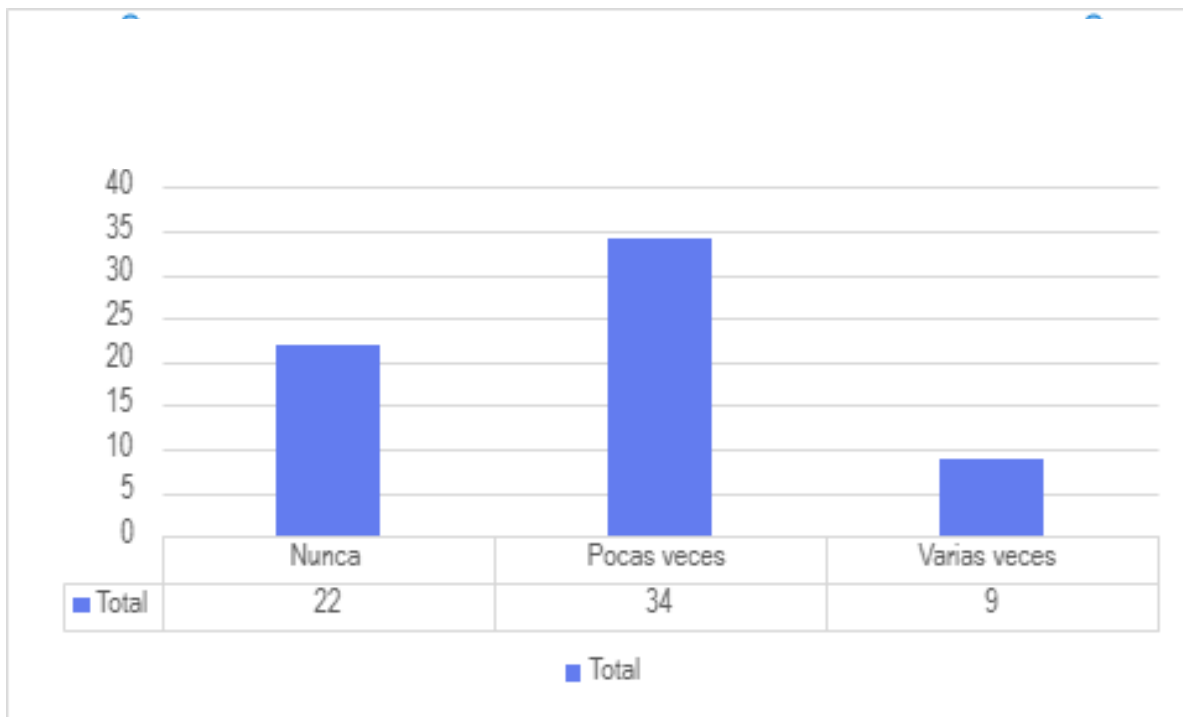
Gráfico 5. Antibióticos utilizados sin receta médica en caso de IRAS



Fuente: Anexo N°1 Instrumento de recolección de datos. “Uso de antibióticos sin prescripción médica en pacientes de 18 a 59 años de edad que consultan con síntomas de infección respiratoria aguda en la Unidad de Salud Intermedia de Apopa”. Julio-Agosto 2025.

En caso de IRAS, 38 (65.2 %) personas se han automedicado con amoxicilina, 5 (8.6%) personas con amoxicilina/ácido clavulánico, 12 (20.69 %) personas con trimetoprim sulfametoxazol, ninguna persona con cefadroxilo, 1 (1.72%) persona con ampicilina y 2 (3.45%) personas con otros antibióticos no mencionados en la lista.

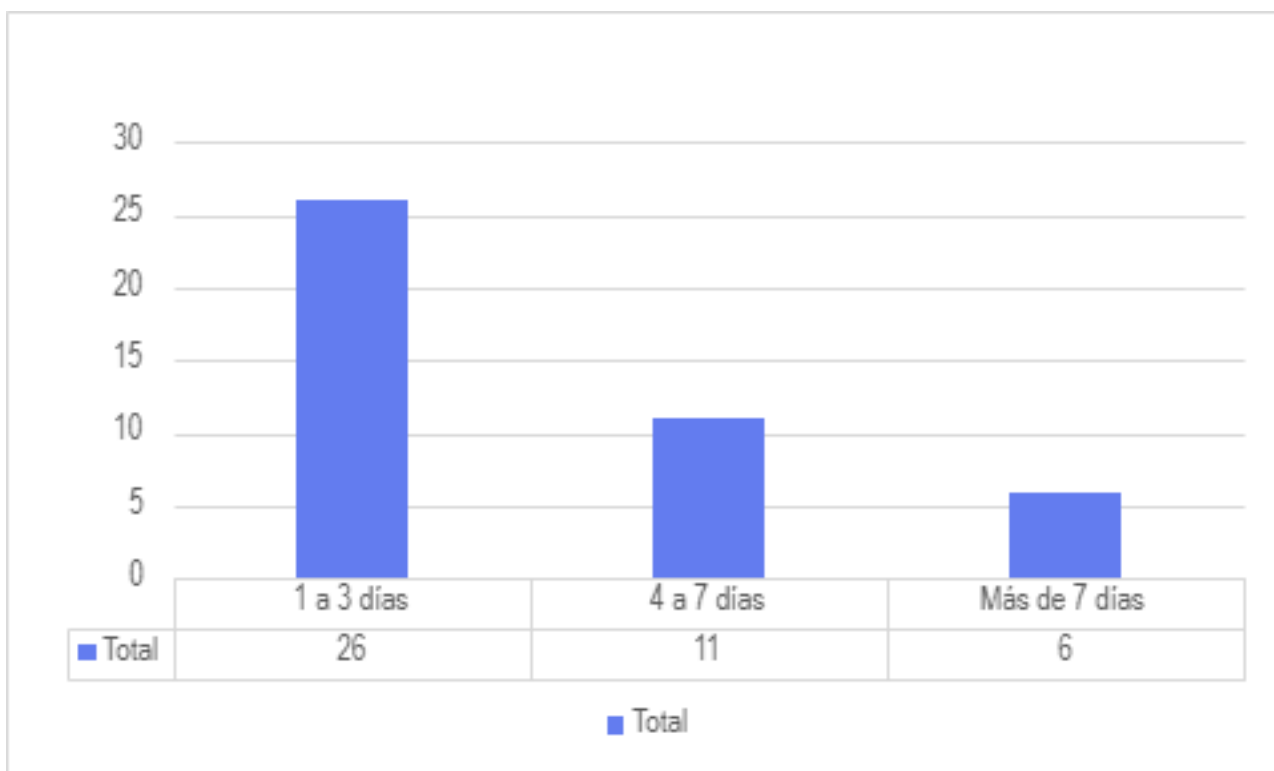
Gráfico 6. Cantidad de veces de automedicación por IRAS con antibiótico durante un año



Fuente: Anexo N°1 Instrumento de recolección de datos. “Uso de antibióticos sin prescripción médica en pacientes de 18 a 59 años de edad que consultan con síntomas de infección respiratoria aguda en la Unidad de Salud Intermedia de Apopa”. Julio-Agosto 2025.

Del total de 65 personas, 22 (33.85%) personas nunca se automedican, 34 (52.31%) personas se automedican pocas veces y 9 (13.85%) personas se automedican varias veces.

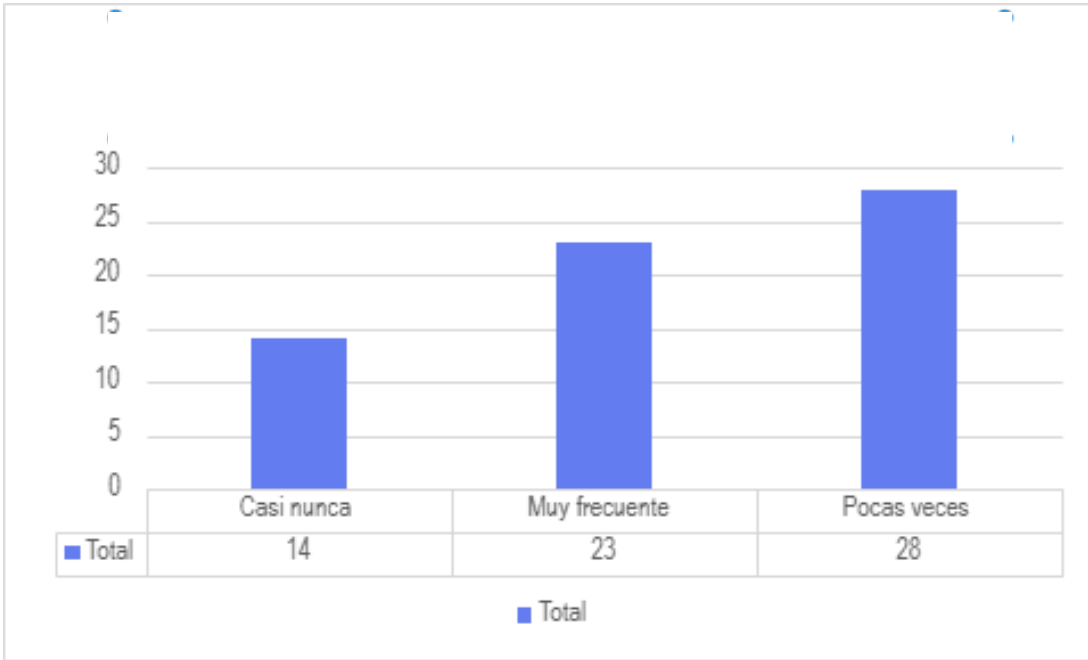
Gráfico 7. Patrón de uso de antibiótico sin receta médica



Fuente: Anexo N°1 Instrumento de recolección de datos. “Uso de antibióticos sin prescripción médica en pacientes de 18 a 59 años de edad que consultan con síntomas de infección respiratoria aguda en la Unidad de Salud Intermedia de Apopa”. Julio-Agosto 2025.

Del 100% de la población, 26 (40%) personas generalmente usan el antibiótico cuando se automedican con un patrón de 1-3 días, 11(16.92%) personas lo usan de 4-7 días y 6 (9.23%) personas lo usan más de 7 días.

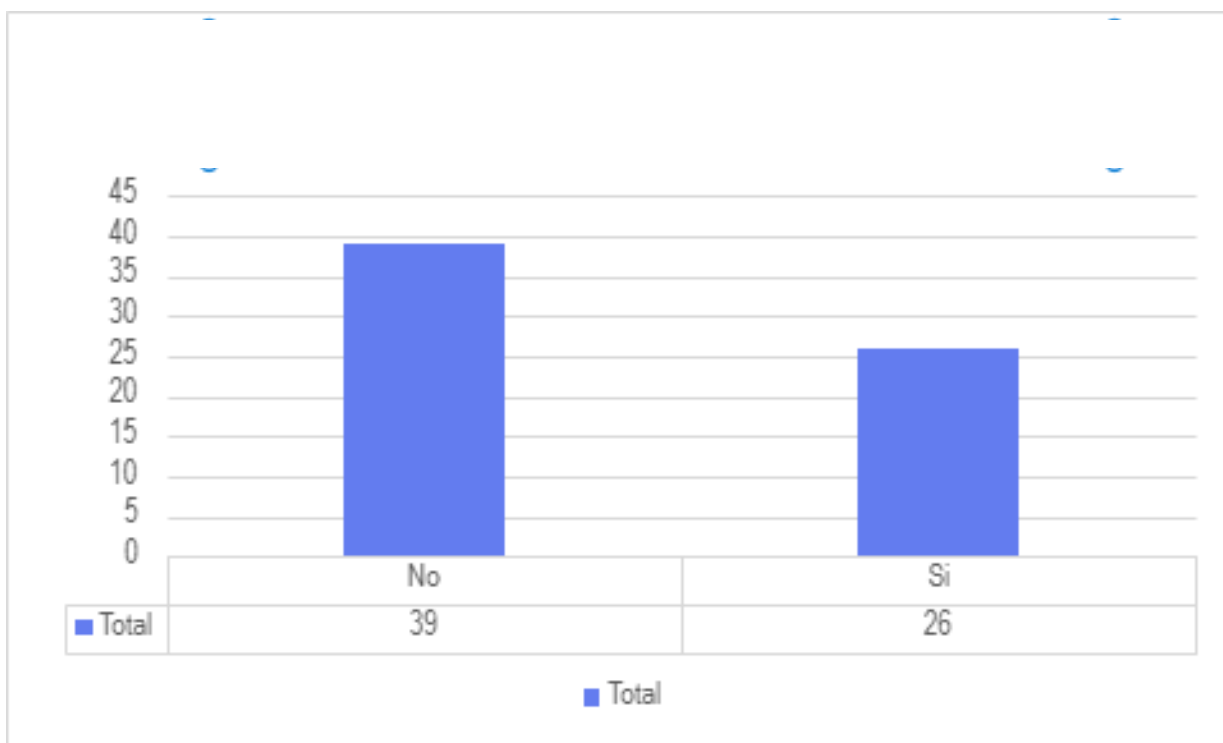
Gráfico 8. Frecuencia de enfermedades respiratorias agudas



Fuente: Anexo N°1 Instrumento de recolección de datos. “Uso de antibióticos sin prescripción médica en pacientes de 18 a 59 años de edad que consultan con síntomas de infección respiratoria aguda en la Unidad de Salud Intermedia de Apopa”. Julio-Agosto 2025.

De un total de 65 personas, 28 (43.08%) respondieron que presentan pocas veces síntomas respiratorios al año, 23 (35.28%) personas respondieron que presentan síntomas respiratorios de manera muy frecuente y 14 (21.54%) personas responden que casi nunca.

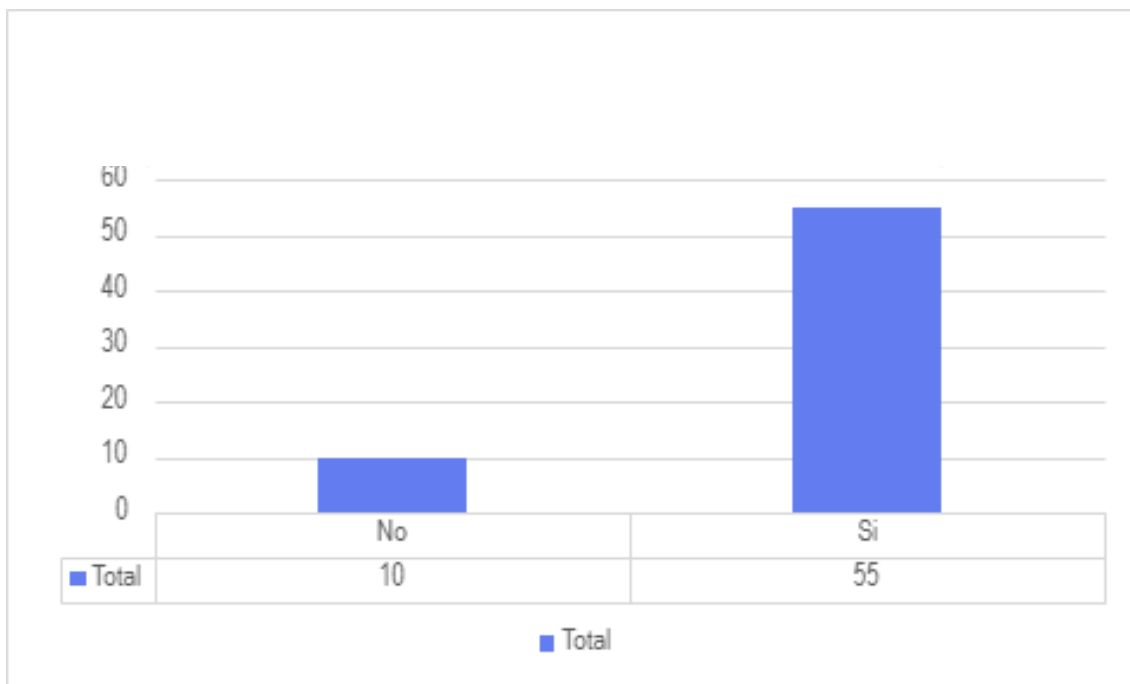
Gráfico 9. Consulta médica por IRAS



Fuente: Anexo N°1 Instrumento de recolección de datos. “Uso de antibióticos sin prescripción médica en pacientes de 18 a 59 años de edad que consultan con síntomas de infección respiratoria aguda en la Unidad de Salud Intermedia de Apopa”. Julio-Agosto 2025.

Del 100% de las personas encuestadas, 39 (60%) han respondido que no consultan en un centro de salud o con médico por síntomas respiratorios agudos, 26 (40%) responden que si consultan ante sintomatología respiratoria aguda.

Gráfico 10. Riesgos de automedicación



Fuente: Anexo N°1 Instrumento de recolección de datos. “Uso de antibióticos sin prescripción médica en pacientes de 18 a 59 años de edad que consultan con síntomas de infección respiratoria aguda en la Unidad de Salud Intermedia de Apopa”. Julio-Agosto 2025.

Del 100% de la población que participó en el presente estudio, 55 (84.62%) personas consideran que automedicarse conlleva riesgos y 10 (15.38%) personas consideran que no hay riesgos en la automedicación.

VIII. DISCUSIÓN

El presente trabajo se enfocó en determinar el uso de antibióticos sin prescripción médica en la población estudio con síntomas sugestivos de enfermedades respiratorias agudas. Para la obtención de datos, se utilizó una muestra de 65 personas, tomando en cuenta criterios de inclusión y exclusión.

Durante la recolección de datos se evidenció que, a la fecha, un poco más de la mitad de la población participante del presente estudio de 18 a 59 años con síntomas sugestivos de enfermedades respiratorias agudas en Unidad de Salud Intermedia Apopa, se automedica con antibióticos.

En el caso de la investigación, se evidencia la importancia que la población pone sobre experiencias previas propias y de terceros, a pesar de no tener conocimientos médicos y/o científicos que respalden dicha decisión y a pesar de que más del 50% de la población participante refiere le parece de alto costo. El medio de acceso también facilita la obtención de dichos medicamentos, por ejemplo, alrededor de la unidad de salud se encuentran diversas farmacias a las cuales la población puede acceder sin ningún problema. Las farmacias, son el primer lugar donde la población obtiene antibióticos, los cuales se supone están regulados para evitar la venta libre de dichos fármacos. En cuanto a la ubicación y propaganda, no se evidencia una significativa influencia como factor de riesgo. Además, se evidencia que el tiempo no es un factor importante en la población estudio para no consultar, por tanto, se podría atribuir a que existe cierta comodidad en no consultar por parte de la población.

En cuanto al tipo de antibiótico más utilizado, la amoxicilina se lleva el primer lugar como antibiótico utilizado en caso de síntomas sugestivos de enfermedad respiratoria aguda, seguido por trimetoprim sulfametoxazol, amoxicilina + ácido clavulánico y ampicilina en mucha menor con frecuencia con un 1.72%.

Además, de las dos personas que contestaron haber utilizado otro tipo de antibióticos, solo un participante contestó en los renglones de opción “otros”, sin embargo, las respuestas fueron: acetaminofén y loratadina, lo cual evidencia la falta de conocimiento sobre los antibióticos. El antibiótico más utilizado por las personas dentro del estudio fue la amoxicilina, debido a su fácil acceso, sin restricciones de venta y debido a factores socioculturales como experiencias de alivio propia o de familiares y conocidos, explicando su uso repetido. La población refiere que durante el año se automedican pocas veces, siendo una práctica poco constante, pero significativa. Otra evidencia de la falta de conocimiento acerca de los antibióticos y sus indicaciones médicas se refleja en el tiempo de duración, en el cual la mayoría refiere utilizar solamente 1-3 días, con un porcentaje de 40%.

En este apartado, se pudo evidenciar también la incongruencia en las respuestas ya que solo el 53.85% de la población encuestada se automedica, sin embargo, los resultados respecto a patrón de uso fueron mayores.

En cuanto a las características clínicas y sociodemográficas de la población, se evidencia que la mayoría de las personas que consultan por enfermedades respiratorias agudas, y, por tanto, la mayoría de las personas que se evidencia en el estudio que se automedica es predominante por el sexo femenino.

En cuanto a la edad, no se evidencia una diferencia significativa entre rangos de edades, sin embargo, predomina el rango de 45.59 años.

Además, se demuestra el predominio de consulta en la gente con empleos, lo cual es coherente con la disponibilidad de tiempo de la gente para asistir a consulta. La mayoría de las consultas es recibida por población de zona urbana, lo cual podría estar relacionado con el difícil acceso de la población rural, con las costumbres culturales de no consultar en clínicas por síntomas respiratorios agudos o con la percepción de la enfermedad. Se refleja que pacientes con asma como comorbilidad recurren menos a la automedicación, sin embargo, las enfermedades crónicas no limitan el uso

indiscriminado de antibióticos. La mayoría de las personas participantes no tienen comorbilidades agregadas. De los participantes, la comorbilidad que más predomina es la hipertensión arterial (18.46%), seguida por diabetes mellitus tipo 2, (13.85%), Asma (7.69%), enfermedad tiroidea (4.62%) y otros (4.62%).

Del 100% de la población, solo el 40% refiere consultar siempre en caso de presentar síntomas respiratorios agudos, sin embargo, solo el 21.54% refiere que casi nunca presenta síntomas gripales, seguido del 43.8% refieren que pocas veces presentan esta clase de síntomas, 35.28% refiere muy frecuentemente, por tanto, hay un margen significativo de gente que no consulta cuando presenta dichos síntomas. Además, 40% de la población se ha automedicado previo a consultar, lo cual refleja una predisposición a no consultar, lo cual se puede correlacionar con las experiencias previas propias o de terceros.

En cuanto a la percepción de la población respecto al riesgo de automedicación con antibióticos, solo el 15.38% refieren que no perciben riesgos generados por dicha práctica, reflejando que la mayoría, con un porcentaje de 84.62% está consciente de la existencia de dichos riesgos, sin embargo, no son conscientes de todos los riesgos.

La mayoría opina que intoxicación es uno de los principales riesgos con un 61.54% de respuestas positivas, seguidos por ineficacia a futuro con 30.77%, interacción con otros medicamentos con 20%, enmascaramiento de otras enfermedades con 18.46% y adicción o dependencia con 16.92%. Por tanto, se evidencia, que todas las personas participantes omiten riesgos que también son parte de la automedicación. En cuanto a los síntomas clínicos, el 58.46% atribuye necesidad de uso de antibiótico sin prescripción médica a dolor de garganta, seguido de flema verdosa con un 41.54%, tos crónica con un 38.46%, fiebre con un 36.92%, adenopatías cervicales y tos aguda con un 15.38%, estornudos con un 7.69%, flema hialina con un 4.62% y febrícula con un 3.08%.

Por último, es importante mencionar que a pesar de que la muestra se vio reducida, los hallazgos coinciden con lo reportado internacionalmente, además ofrecen una visión de la situación en un entorno urbano en El Salvador. Esto permite generar mayor exposición de la problemática, además de tener una fuente de acceso que colabore a convertir esta información en medidas concretas para prevenir que los antibióticos, que actualmente son efectivos y fáciles de conseguir, se vuelvan obsoletos debido al uso inapropiado que sigue siendo fomentado por la comunidad.

IX. CONCLUSIONES

Factores de riesgo

La automedicación con antibióticos en pacientes con síntomas sugestivos a infecciones respiratorias agudas tiene múltiples factores que influyen a realizar dicha práctica. Se destaca el uso común de la amoxicilina, seguido en menor medida por otros, coincidiendo con investigaciones nacionales como internacionales.

Además, a pesar de existir cierta conciencia sobre la importancia de las consultas médicas, de los riesgos que conlleva la automedicación y de la falta de conocimientos médicos, al ser una práctica común se minimizan los riesgos, reflejando una conducta irresponsable, además del alto factor cultural, la practicidad de la automedicación en evitar demorar entre tiempos de consultas en instituciones públicas y la búsqueda del rápido alivio por parte de la población. El tiempo de espera de consulta en los establecimientos de primer nivel es relativo, sin embargo, en establecimientos donde existe una alta demanda, este tiempo aumenta, lo cual podría generar limitantes en cierta población.

Tipos de antibióticos utilizados y su patrón de uso

El medicamento más utilizado en la automedicación en enfermedades respiratorias agudas es la amoxicilina y se obtiene fácilmente en farmacias, generalmente con un patrón de uso inadecuado. Si bien la práctica de la automedicación reflejada en el estudio no es constante, sigue aportando un patrón significativo lo cual también podría reflejar la dificultad que puede generarse al tratar de encontrar soluciones para cambiar dicho patrón conductual, el cual también puede estar guiado por un sesgo entre la percepción de su propia enfermedad con la opinión médica, ya que, al ser una opinión sumamente arraigada, muchas veces los pacientes reciben indicaciones médicas de manera dubitativa, y esto se hace más evidente cuando han existido previamente experiencias positivas propias.

Es preocupante que a pesar de disponer de un reglamento brindado por la superintendencia de regulación sanitaria (SRS) en el país, sobre la venta de antibióticos, la cual prohíbe la venta de cualquier antibiótico sin receta médica, se

sigue evidenciando dicha práctica, lo cual indica que no se cumple el marco legal y, por ende, existe una mala regulación de la dispensación de estos, perpetuando la adquisición informal de antibióticos y la prescripción empírica fuera del ámbito médico, lo cual refleja un patrón de conducta aceptado por la población.

Caracterización de pacientes

La mayor participación de mujeres y la edad adulta pueden indicar que la automedicación afecta principalmente a individuos que deben equilibrar las responsabilidades familiares y profesionales, haciéndolos más propensos a buscar soluciones rápidas para tratar enfermedades respiratorias.

La población en general no sabe diferenciar si los problemas respiratorios agudos que padecen son por causa viral o bacteriana, lo cual lleva a un incorrecto patrón de uso de los antibióticos, además de una necesidad sin fundamento de uso de antibiótico sin prescripción médica como primera opción. Además, el uso indiscriminado, de manera incorrecta, con la duración incorrecta, como, por ejemplo, por pocos días, como la mayoría de la población en el presente estudio refiere, refleja una problemática importante ya que puede contribuir al desarrollo de cepas de bacterias resistentes a los medicamentos, generando un problema de salud pública.

Además, a pesar de no pertenecer al sector médico o de salud es importante estar informados para promover las prácticas adecuadas del uso de antibióticos y evitar actuar desde la ignorancia. Sin embargo, el conocimiento y el fácil acceso a la información no debe ser sustituto de la consulta médica, sino una fuente de promoción de la salud.

Por tanto, el estudio revela una problemática previamente conocida, el mal uso de antibióticos, reflejado en tiempos insuficientes, en caso de infecciones probablemente virales y sin conocer sobre el medicamento automedicado, lo cual representa una amenaza silenciosa, la resistencia bacteriana.

X. RECOMENDACIONES

A la población

- No adquirir antibióticos en farmacias, puestos ambulantes o lugares no autorizados sin contar con indicación previa de un médico para el tratamiento de infecciones respiratorias agudas.
- Evitar recomendar antibióticos, aunque presenten un cuadro clínico similar al cursado anteriormente, ya que las infecciones respiratorias agudas de vías superiores en la mayoría de los casos son de origen viral y no requieren uso de antibióticos.

Al sistema de salud

- Promover la educación de los pacientes y de la comunidad sobre el uso correcto de los antibióticos, resaltando sus indicaciones principales, posibles efectos adversos, dosis apropiadas y el tiempo de tratamiento recomendado; además de generar conciencia sobre los riesgos y consecuencias del uso inadecuado o excesivo de estos medicamentos.
- Sensibilizar a los profesionales de la salud, prescriptores de antibióticos y personal de la industria farmacéutica sobre la relevancia del uso racional y apropiado de estos medicamentos, así como sobre la seriedad del problema de la resistencia bacteriana.
- Reforzar la necesidad de programas comunitarios de educación sanitaria que no solo informen, sino que modifiquen conductas.
- Es crucial que la Dirección Nacional de Medicamentos trabaje de cerca con el MINSAL para aumentar la supervisión y penalización de las farmacias que siguen vendiendo antibióticos sin receta médica. Al mismo tiempo, es importante mejorar la educación sanitaria en el primer nivel de atención, difundiendo información clara sobre por qué los antibióticos no funcionan en infecciones virales y los peligros de la resistencia a futuro.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Dreser A, Wirtz V, Corbett KK, Echániz G. Uso de antibióticos en México: revisión de problemas y políticas. Salud Publica De Mexico [Internet]. 2008 [citado el 15 de febrero de 2025];50:480–7. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008001000009
2. MINISTERIO DE SALUD. PLAN NACIONAL PARA LA PROMOCIÓN DEL ACCESO Y EL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS SANITARIAS [Internet]. ASP.SALUD.GOB. 2017 [Citado el 18 febrero 25]. Disponible en: https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/planes/plan_nacional_uso_racional_medicamentos_y_otras_tecnologias_sanitarias_v1.pdf
3. MINISTERIO DE SALUD. Plan nacional contra la resistencia a los antimicrobianos en salud humana. 2022 2024 [citado el 18 de febrero de 2025] Disponible en: https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/planes/plannacionalcontralaresistenciaalosantimicrobianosenasaludhumana2022-2024-Acuerdo-1072_v1.pdf. ASP.SALUD.GOB; 2022.
4. REPUBLICA DE EL SALVADOR, ASAMBLEA LEGISLATIVA. “LEY de MEDICAMENTOS DECRETO No 1008.” CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PUBLICA. [citado el 21 de febrero de 2025] Disponible en: <https://www.jurisprudencia.gob.sv/DocumentosBoveda/D/2/2010-2019/2012/03/9574B.PDF>
5. MINISTERIO DE SALUD; Plan Nacional para el acceso y uso regional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias; Gob.sv; Noviembre 2017. [citado el 20 de febrero de 2025]. Disponible en: https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/planes/plan_nacional_uso_racional_medicamentos_y_otras_tecnologias_sanitarias_v1.pdf

6. García Iraheta, Noé . “La Automedicación: Un Peligro Para La Salud – Diario El Salvador.” DIARIO EL SALVADOR, 13 July 2021, [citado el 21 de febrero de 2025] Disponible en: diarioelsalvador.com/la-automedicacion-un-peligro-para-la-salud/105788/.
7. Gob.sv. [citado el 24 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.srs.gob.sv/wp-content/uploads/2025/03/LISTADO-DE-MEDICAMENTOS-CON-MODALIDAD-DE-VENTA-SIN-RECETA-MEDICA-2025.pdf>
8. Espinoza Lemus MF, Flores Ventura IC, Guzmán Dubón CM, Universidad de El Salvador, USO DE ANTIBIÓTICOS SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA DENTRO DE LA POBLACIÓN ENTRE 20-60 AÑOS DE SAN JUAN TALPA, LA PAZ. EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE MARZO A JUNIO DE 2018. Citado el 24 de mayo del 2025.
9. ÁVALOS ÁVALOS, JESUS NOEL. “Factores Culturales Que Influyen En La Automedicación En Estudiantes de La Sede Central de La Universidad de El Salvador.” REPOSITORIO UES, Nov. 2020, [Citado el 22 Feb. 2025.] Disponible en: repositorio.ues.edu.sv/items/206606eb-2927-4d5f-bf13-1d155a2941d7.
10. Amargós Ramírez J, Reyes Domínguez B, Estrada Rodríguez J, Chao Correa T, García Luna C. Intervención educativa sobre infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de un año. Arch méd Camagüey [Internet]. 2010 [citado el 15 de febrero de 2025];14(2):0–0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000200008
11. Amargós Ramírez, Jaqueline, et al. “Intervención Educativa Sobre Infecciones Respiratorias Agudas En Madres de Niños Menores de Un Año.” Revista Archivo Médico de Camagüey, vol. 14, no. 2, 2025. [Citado el 21 febrero. 2025]. Disponible en: scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000200008

12. UNAM. USO Y ABUSO DE ANTIBIOTICOS EN INFECCIONES DE VIAS RESPIRATORIAS AGUDAS CONGRUENCIA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA UMF N. 66 SAN FERNANDO, TAMAULIPAS [Internet]. Fernandez Villagran DO, editor. UNAM. 2015 [Citado el 27 Feb 2025]. Disponible en: https://ru.dgb.unam.mx/jspui/bitstream/20.500.14330/TES01000741474/3/0741_474.pdf
13. MINSAL. LINEAMIENTOS TECNICOS PARA LAS BUENAS PRACTICAS DE PRESCRIPCION Y DISPENSACION [Internet]. ASP.SALUD.GOB. MINSAL; [Citado el 26 Feb 2025]. Disponible en: <https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalabuenaspracticadeprescripcionydispensacion-Acuerdo-Ejecutivo-801-22012024-reforma1.pdf>
14. SANTIBÁNEZ L, ALVEAR G, SEPÚLVEDA R, RAMÍREZ V, MARTÍNEZ B. Prescripción de antibióticos en las infecciones respiratorias agudas no neumonías en atención ambulatoria en la práctica privada [Internet]. SCIELO. REV MED CHILE; [Citado el 24 feb 2025]. Disponible en: [https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v150n8/0717-6163-rmc-150-08-1000.pdf#:~:text=Las%20gu%C3%ADas%20cl%C3%ADnicas%20internacionales%20no%20recomien%2D%20dan,neumon%C3%ADas%20\(IRANN\)%2C%20excepto%20en%20casos%20muy%20seleccionados.&text=20.413%20de%20los%2038.072%20consultantes%20\(53%2C8%20\)%20por,de%20ellos%20\(1%2C6%20\)%20se%20les%20prescribieron%20dos.](https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v150n8/0717-6163-rmc-150-08-1000.pdf#:~:text=Las%20gu%C3%ADas%20cl%C3%ADnicas%20internacionales%20no%20recomien%2D%20dan,neumon%C3%ADas%20(IRANN)%2C%20excepto%20en%20casos%20muy%20seleccionados.&text=20.413%20de%20los%2038.072%20consultantes%20(53%2C8%20)%20por,de%20ellos%20(1%2C6%20)%20se%20les%20prescribieron%20dos.)
15. Dreser A, Wirtz VJ, Corbett KK, Echániz G. Uso de antibióticos en México: revisión de problemas y políticas. Salud Pública de México [Internet]. 2022 [Citado el 27 Feb 2025];50. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008001000009

16. Rachel L. Amdur; Jeffrey A. Linder; Mhmedical.com; Síntomas de vías respiratorias altas que incluyen otalgia, síntomas de senos paranasales y faringodinia; Access Medicina [citado el 15 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3553§ionid=292613612#:~:text=Los%20s%C3%ADntomas%20de%20las%20v%C3%ADas%20respiratorias%20altas,m%C3%A1s%20comunes%20de%20los%20s%C3%ADntomas%20de%20las>
17. Fauci, Loscalzo, et al. Harrison Principios de Medicina Interna. 21st ed., Mcgraw Hill, Mar. 2023. Capítulo 35: Síntomas de vías respiratorias altas que incluyen otalgia, síntomas de senos paranasales y faringodinia. [citado el 16 de marzo de 2025]
18. Alejandro Goic G, et al. Semiología Médica. Santiago, Chile, Mediterráneo, 2010, pp. 211–216. Capítulo 10: Interrogatorio, enfermedades respiratorias. [citado el 16 de marzo de 2025]
19. Sociedad Española de Quimioterapia. Documento de Consenso Sobre El Tratamiento Antimicrobiano de La Faringoamigdalitis. Revista Española Quimioterapia, Mar. 2003. [citado el 18 de marzo de 2025] Disponible en: <https://seq.es/wp-content/uploads/2008/08/74.pdf>
20. OPS. GRIPE (INFLUENZA). PAOH.ORG. 2020;1–5. [citado el 18 de marzo de 2025] Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/influenza_procedimientos_laboratorio_0.pdf
21. Qualipharm L. Infecciones Respiratorias Virales y Bacterianas [Internet]. Linkedin.com. 2021 [citado el 18 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://es.linkedin.com/pulse/infecciones-respiratorias-virales-y-bacterianas->
22. Fauci, Loscalzo, et al. *Harrison Principios de Medicina Interna*. 21st ed., Mcgraw Hill, Mar. 2023. Capítulo 126: Neumonía [citado el 20 de marzo de 2025]

23. Farmacéuticos comunitarios. Guía clínica para el manejo de faringoamigdalitis aguda del adulto [Revista trimestral]. 2025 [citado el 27 de marzo de 2025]. Disponible en: chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.farmaceticoscomunitarios.org/system/files/journals/824/articles/faringoamigdalitis_0.pdf
24. Nih.gov. Infecciones agudas de la vía aérea superior [citado el 25 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7151953/>
25. Gob.mx. IMSS. Diagnóstico y tratamiento de sinusitis aguda [citado el 25 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/080GRR.pdf>
26. ORL y boca. OTITIS MEDIA AGUDA (EN EL ADULTO) [Internet]. Saludcastillayleon.es. [citado el 25 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es/estrategias-programas/antimicrobianos/revision-guias-sacyl-pran-proa.ficheros/1447736-Otitis%20media%20aguda%20%28en%20el%20adulto%29.pdf>
27. Bronquitis Aguda. Saludcastillayleon.es. [citado el 27 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es/estrategias-programas/antimicrobianos/revision-guias-sacyl-pran-proa.ficheros/1447711-Bronquitis%20aguda.pdf>
28. Gob.sv. Guía de atención a las neumonías en el primer nivel de atención. 2005 [citado el 26 de marzo de 2025]. Disponible en: https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guías_atención_Neumonías_tb.pdf
29. Farmacèutiques, Judit Carrera i Maria Perelló. “¿Cuáles Son Los Riesgos de La Automedicación?” Farmaceuticonline, 2 Aug. 2019, [citado el 26 de marzo de 2025] www.farmaceuticonline.com/es/cuales-son-los-riesgos-de-la-automedicacion/.
30. Gob.sv. [citado el 26 de marzo de 2025]. Disponible en: https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/planes/plan_nacional_uso_racional_medicamentos_y_otras_tecnologias_sanitarias_v1.pdf

31. Oromí Durich J; Resistencia bacteriana a los antibióticos; Medicina Integral [Internet]. 1/12/2021 [Citado el 24 de marzo del 2025]; 36(10). Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-resistencia-bacteriana-losantibioticos-10022180>
32. Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú., Cucho Vásquez KC, Loo Valverde ME, Instituto de Investigación Biomédicas. Lima, Perú., Chanduvi Puicón WD. Automedicación en niños con enfermedades de las vías respiratorias superiores en un centro materno infantil del Perú. Rev Fac Med Humana [Internet]. (2023;23(2):95–100. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v23n2/2308-0531-rfmh-23-02-95.pdf>
33. Vista de Resistencia de bacterias respiratorias y entéricas a antibióticos [Internet]. Saludpublica.mx. [citado el 9 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6121/7199>
34. Org.sv. [citado el 25 de abril de 2025]. Disponible en: <http://www.redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/3125/1/0002481-ADTESME.pdf>
35. Salvador S, Salvador E, De M. Recomendaciones para el uso de antimicrobianos en personas adultas hospitalizadas en el Sistema Nacional Integrado de Salud [Internet]. Gob.sv. [citado el 27 de marzo del 2025]. Disponible en: https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/recomendacionesparaelusodeantimicrobianosenpersonasadultashospitalizadasenelsistemanacionalintegrado_desalud-Presentacion-13052024_v1.pdf

XII. ANEXOS

ANEXO 1. TABLAS DE RESULTADOS

Tabla 1. Automedicación con antibióticos sin prescripción médica

ATB sin prescripción médica	
No	30
Si	35
Total general	65

Tabla 2. Experiencias propias previas de alivio en caso de automedicación con antibiótico en caso de IRAS

Experiencia previa propia	
No	30
Sí	35
Total general	65

Tabla 3. Experiencias previas de alivio por terceros en caso de automedicación con antibiótico en caso de IRAS

Experiencia previa de terceros	
No	39
Si	26
Total general	65

Tabla 4. Medios de adquisición de antibióticos sin receta médica

Medio de adquisición	
Mercado	3
Tienda	5
Farmacia	25
Por terceros	7
Almacenados	3
Total general	43

Tabla 5. Antibióticos más utilizados sin receta médica en caso de IRAS

Antibiótico más utilizado	
Amoxicilina	38
Amoxicilina/AC. Clavulánico	5
Timetoprim sulfametoxazol	12
Cefaroxilo	0
Ampicilina	1
Otros	2
Total	58

Tabla 6. Frecuencia de automedicación en caso de IRAS

Frecuencia de automedicación	
Nunca	22
Pocas veces	34
Varias veces	9
Total general	65

Tabla 7. Patrón de uso de antibióticos sin receta médica en caso de IRAS

Duración de uso	
1 a 3 días	27
4 a 7 días	11
Más de 7 días	6
Total general	44

Tabla 8. Frecuencia de síntomas gripales anual

Frecuencia de síntomas gripales	
Casi nunca	14
Muy frecuente	23
Pocas veces	28
Total general	65

Tabla 9. Consulta médica por síntomas “gripales” o de “resfriado”

Consulta médica por IRAS	
No	39
Si	26
Total general	65

Tabla 10. Consideración de riesgos de automedicación

Conlleva riesgos	
No	10
Si	55
Total general	65

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO Y DISENTIMIENTO.

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ de ____ años con Documento Único de Identidad (DUI): _____-, declaro que se me ha explicado que mi participación en el presente trabajo de tesis sobre “Uso de antibióticos sin prescripción médica en pacientes que presentan síntomas sugestivos de infección respiratoria aguda con edades comprendidas entre 18 a 59 años que consultan en unidad de salud intermedia de apopa en el periodo de julio a agosto 2025”, consistirá en responder una encuesta que pretende aportar al conocimiento, comprendiendo que mi participación es una valiosa contribución para su posterior análisis. Declaro que se me ha notificado ampliamente sobre que la información que entregue estará protegida por el anonimato y la confidencialidad. Los investigadores responsables del estudio se han comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se les plantee acerca de las preguntas a responder relacionadas con la investigación. Asimismo, los encargados del presente trabajo, han brindado seguridad de que no se me identificará en ninguna oportunidad en el estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. Por lo tanto, como participante, acepto la solicitud en forma libre y voluntaria; sin embargo, también explican que tengo derecho a no participar en este estudio y que mi decisión no tendrá consecuencias negativas, y declaro estar informado de que los resultados de esta investigación tendrán como producto un informe, para ser presentado como parte del Trabajo final de Tesis de carrera de Doctorado en Medicina de la Universidad de El Salvador y que puede ser utilizada para investigaciones futuras, pero que mi consentimiento será requerido para ello. Habiendo comprendido lo anterior, otorgo mi **CONSENTIMIENTO** para la participación en esta investigación.

San Salvador, _____ de _____ del 2025

F. _____ (Firma o huella del participante)

2. DISENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ de ____ años, con número de Documento Único de Identidad (DUI): _____-, declaro que he decidido voluntariamente no participar en _____ el estudio titulado: “Uso de antibióticos sin prescripción médica en pacientes que presentan síntomas sugestivos de infección respiratoria aguda con edades comprendidas entre 18 a 59 años que consultan en unidad de salud intermedia de apopa en el periodo de julio a agosto 2025”.

Este documento confirma que no autorizo mi participación en este estudio, además no autorizo el uso de mi información, respetando así mi confidencialidad.

F. _____ (firma o huella de participante)

ANEXO 3: INSTRUMENTO

DATOS GENERALES

A continuación, seleccione con “√” la respuesta correcta:

Edad

- 18-24 años
- 25-44 años
- 45-59 años

Sexo

- Femenino
- Masculino

Ocupación

- Empleado
- Desempleado

Nivel académico

- Básica
- Secundaria
- Universitaria

Zona de residencia

- Urbano
- Rural

¿Padece de alguna enfermedad crónica no transmisible? (marque con una X la respuesta, puede ser más de una)

- Diabetes mellitus
- Hipertensión arterial
- Asma
- EPOC
- Enfermedades tiroideas
- Cáncer
- Insuficiencia venosa y arterial
- Enfermedad renal
- Lupus eritematoso sistémico
- Epilepsia
- Otros _____

AUTOMEDICACIÓN

La OMS define a la automedicación como la selección y el uso de los medicamentos por parte de las personas, con el propósito de prevenir, aliviar o tratar síntomas o enfermedades leves que ellas mismas puedan identificar.

PREGUNTAS

¿Usted tiene dificultad para poder acceder (por la ubicación) a los establecimientos que prestan servicios médicos?

Sí

No

Si usted se encuentra trabajando, conteste: ¿Tiene dificultad para conseguir permisos en el trabajo para ir a consultar con médico por enfermedad?

Sí

No

¿Ha escuchado o conocido sobre algún antibiótico de venta libre a través de publicidad visual o auditiva?

Sí

No

¿Le parece caro comprar antibióticos de venta libre?

Sí

No

¿Ha comprado antibióticos sin receta médica?

Sí

No

Si su respuesta anterior fue sí, seleccione el/los medios por el cual ha obtenido antibióticos sin prescripción medica

Mercado

Por terceros

Tienda

Guardados

Farmacia

¿Ha tomado antibióticos en caso de síntomas gripales o de resfriado, sin consultar con médico por experiencia previa de alivio?

- Sí No

¿Ha tomado antibióticos en caso de síntomas gripales o de resfriado sin consultar con médico por experiencias positivas de terceros (familia, vecinos, otros)?

- Sí No

Seleccione los nombres de antibióticos que ha tomado sin prescripción médica en caso de sospechar enfermedad "gripal" o "resfriado" (puede ser más de uno)

- Amoxicilina Ampicilina
 Amoxicilina/Acido clavulánico OTROS
 Trimetoprim/sulfametoxazol _____
 Cefadroxilo _____

¿Qué tan seguido se automedica al año por síntomas de resfriado o gripales?

- Nunca Varias veces
 Pocas veces

¿Por cuántos días suele automedicarse con antibióticos?

- 1-3 días Más de 7 días
 4-7 días

¿Con que frecuencia presenta síntomas gripales al año?

- Muy seguido Casi nunca
 Pocas veces

¿Se ha automedicado con antibiótico previo a consultar con médico?

Sí

No

¿Usted siempre consulta con médico cuando siente “gripe” o “resfriado”?

Sí

No

Seleccione los síntomas con los que considera necesario el uso de antibióticos para curarse (puede seleccionar más de uno):

Tos aguda (menor de 15 días)

Dolor de garganta

Tos crónica (mayor de 15 días)

Fiebre mayor de 38 grados

Estornudos

Febrícula menor de 38 grados

Flema transparente

Masas/pelotitas/nódulos/ganglios en cuello

Flema verde

¿Considera que la automedicación conlleva riesgos?

Sí

No

Si su respuesta anterior fue sí, seleccione cuales considera son riesgos de la automedicación:

Intoxicación

Enmascaramiento de otras enfermedades

Ineficacia a futuro

Interacción con otros medicamentos

Adicción o dependencia

ANEXO 4: CRONOGRAMA

Etapas del proceso	Tiempo de duración																																												
	Ene	Feb				Marzo					Abril					Mayo					Junio					Julio				Agosto				Sep				Oct							
	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
Orientación para ejecución del proceso.	X																																												
Elección de tema		X																																											
Reunión con asesora			X																																										
Elaboración de antecedentes, justificación y objetivos.			X	X																																									
Revisión bibliográfica				X	X																																								
Asesoría						X																																							
Entrega de avance							X																																						
Elaboración de Marco teórico								X	X																																				
Revisión bibliográfica									X	X																																			
Asesoría											X																																		
Elaboración de diseño metodológico												X	X																																
Revisión bibliográfica													X	X																															
Asesoría															X																														
Revisión bibliográfica																	X	X																											
Asesoría																																													

